

MASTERARBEIT/ MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Evaluation der Wirkung eines Genusstrainings auf das subjektive Wohlbefinden sowie die depressive und die demenzielle Symptomatik älterer Menschen“

verfasst von / submitted by

Carina Schamböck, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ. Prof. Dr. Germain Weber

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Genusstraining	5
2.1.1	Kleine Schule des Genießens	7
2.1.2	Ablauf des Genusstrainings	9
2.1.3	Die 7 Genussregeln.....	10
2.2	Psychische Gesundheit älterer Menschen.....	13
2.2.1	Demenz	13
2.2.2	Depression.....	13
2.3	Forschungsstand.....	15
2.3.1	Wirksamkeit von Genusstrainings.....	15
2.3.2	Wirksamkeit von Achtsamkeitsbasierten Behandlungen.....	17
2.4	Relevanz	19
2.4.1	Praktische Relevanz.....	19
2.4.2	Wissenschaftliche Relevanz	20
3	Forschungsfrage und Hypothesen	21
3.1	Forschungsfrage	21
3.2	Hypothesen	21
3.2.1	Vergleich der Messzeitpunkte innerhalb der Interventionsgruppe(a)	21
3.2.2	Vergleich der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe(b).....	22
4	Methodik	23
4.1	Forschungsdesign.....	23
4.2	Stichprobe	24
4.3	Erhebungsinstrumente	25
4.3.1	Mini Mental Status Test (MMST).....	25
4.3.2	WHO-five Well-Being Index (WHO-5)	26
4.3.3	Depression-im-Alter-Skala (DIA-S)	26
4.3.4	Stimmungsskala.....	26
4.3.5	Abschließendes teilstrukturiertes Einzelinterview.....	27
4.4	Ethische Erwägungen	27
4.5	Prätest.....	28
4.6	Zuteilung zu Interventions– und Kontrollgruppe.....	28
4.7	Durchführung des Genusstrainings	29
4.7.1	Tasten.....	31

4.7.2 Hören	32
4.7.3 Sehen	33
4.7.4 Schmecken	34
4.7.5 Riechen	35
4.8 Posttest	36
4.9 Explorative- und statistische Analyse	37
5 Ergebnisse.....	38
5.1 Deskriptivstatistik	38
5.1.1 Erster Messzeitpunkt.....	38
5.1.2 Aktuelle Stimmung.....	40
5.2 Statistische Analyse	40
5.2.1 Vergleich der Gruppen zum ersten Messzeitpunkt	40
5.2.2 Veränderung der Interventionsgruppe.....	41
5.2.3 Vergleich der Gruppen zum zweiten Zeitpunkt	44
5.3 Explorative Analyse.....	45
5.3.1 Derzeitiges Befinden	45
5.3.2 Bewertung des Genusstrainings	45
5.3.3 Anderweitige Behandlungen	46
6 Diskussion.....	47
6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	47
6.2 Limitationen	49
6.3 Fazit und Ausblick.....	51
Literaturverzeichnis	53
Abbildungsverzeichnis	57
Tabellenverzeichnis	57
Anhang.....	58

1 Einleitung

Die Betreuung und Therapie älterer Menschen gewann in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung in unserem Gesundheitssystem. Verantwortlich dafür ist nicht zuletzt der stetig wachsende Anteil von älteren Personen in der Bevölkerung. Denn physische und psychische Beeinträchtigungen können durch medizinische Behandlungen zwar hinausgezögert, jedoch nicht zur Gänze verhindert werden (Rott & Jopp, 2012). Die steigende Lebenserwartung führt also oftmals zwar zu einer quantitativen, nicht jedoch zu einer qualitativen Verbesserung der Lebenszeit (Gatterer, 2007a). Dies zeigt die Notwendigkeit auf, dass Menschen im höheren Alter multidisziplinäre Behandlungsprogramme angeboten werden, wobei es sich um medizinische, soziale, psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Angebote handeln sollte (Gatterer, 2007b; Gatterer 2008; Witte, 2010).

In den letzten Jahren gab es bereits vermehrt Bemühungen, älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen eine solche Versorgung anzubieten (Gatterer, 2007c; Gatterer, 2008; Rott & Jopp, 2012). Beispielsweise nahm sich das Projekt DEMIAN (*DEmenzkranken Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen*) zum Ziel, ein Konzept zu entwickeln und zu implementieren, welches Personen mit demenzieller Erkrankung durch emotionale Förderung dabei helfen soll, ihren Alltag besser zu bewältigen und das Wohlbefinden trotz der Erkrankung aufrecht zu erhalten (Bär, 2008). Denn trotz intensiver Forschung konnte bis heute keine kurative Behandlung für das Krankheitsbild der Demenz gefunden werden (Gatter, 2008). Das Ziel psychologischer Therapien ist es demnach, älteren Menschen dabei zu helfen, selbst im hohen Alter oder bei der Existenz einer schweren Krankheit eine gewisse Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden zu bewahren, auch wenn die eigentliche Erkrankung dabei nicht oder nur begrenzt behandelt werden kann (Gatterer, 2008; Rott & Jopp, 2012).

In der vorliegenden Arbeit wird die Wirkung der Methode des Genusstrainings bei älteren Menschen, welche derzeit in einem Pflegekrankenhaus wohnen, im Zuge eines Mixed Methods Designs evaluiert. Dabei wird untersucht, ob dieses Therapiekonzept positive Effekte auf das subjektive Wohlbefinden einerseits, sowie die demenzielle und depressive Symptomatik andererseits, hat. Die Intervention erstreckt sich über einen Zeitraum von fünf Wochen und wird von der Autorin in Begleitung einer klinischen Psychologin, welche im Pflegekrankenhaus *Haus der Barmherzigkeit* tätig ist, selbst durchgeführt. Um mögliche Effekte ausfindig machen

zu können werden diejenigen Personen, welche am Genusstraining teilnehmen, mit Personen, welche keine oder eine andere psychologische Behandlung erfahren, verglichen. Eine Testung mit zwei Erhebungszeitpunkten gibt außerdem Auskunft über mögliche Veränderungen in der Interventionsgruppe durch das Genusstraining. Neben den drei interessierenden Parametern zur psychischen Gesundheit der Probanden und Probandinnen wird zudem die aktuelle Stimmung vor und nach jeder Genusseinheit erhoben, sodass auch kurzzeitige Effekte festgestellt werden können. Zusätzlich zur statistischen Analyse liefert ein teilstrukturiertes Interview weitere Informationen bezüglich der individuellen Wirksamkeit des Genusstrainings bei den einzelnen Personen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die wesentlichen Aspekte, welche mit der vorliegenden Arbeit in Verbindung stehen, kurz vorgestellt. Dabei wird auf die Methode des Genusstrainings und dessen theoretische Einbettung, sowie auf die aktuelle Gesundheitssituation älterer Menschen eingegangen. Anschließend wird ein kurzer Abriss zum derzeitigen Forschungsstand bezüglich der Wirksamkeit von Genusstrainings und ähnlichen Behandlungsmethoden präsentiert. Schließlich soll sowohl die wissenschaftliche als auch die praktische Relevanz der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden.

2.1 Genusstraining

Die Methode des Genusstrainings ist eine ressourcenorientierte verhaltenstherapeutische Methode, deren Ziel es ist, das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen zu fördern (Koppenhöfer, 2011). Sie lässt sich konzeptionell in den Bereich der salutogenetischen Therapien nach Antonovsky (Büssers, 2009) einordnen und ist darin bestrebt, die Gesundheit von Klienten und Klientinnen zu fördern, anstatt gezielt spezifische Krankheiten zu behandeln (Koppenhöfer, 2006). Eine solche Methode steht somit im Gegensatz zu einer pathogenetischen Herangehensweise, wobei versucht wird, durch eine krankheitszentrierte Perspektive bestimmte Symptome zu reduzieren (Koppenhöfer, 2006).

Bei der theoretischen Wirkweise des Genusstrainings wird von dem sogenannten *Orthogonalen Modell* der Salutogenese ausgegangen. Dieses definiert Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, wodurch eine

ganzheitliche Sicht auf das Befinden von Menschen erreicht werden soll. Gesunde sowie kranke Anteile können also gleichzeitig vorliegen, wobei deren Ausprägung intra- und interindividuell variieren kann (Hölzel, 2008). Die Grundannahme dieses Modells ist es, dass Personen trotz vorliegender Krankheit Gesundheit und Lebensqualität entwickeln und aufrechterhalten können (Koppenhöfer, 2016). Eine Aufteilung in gesunde und kranke Personen ist im Rahmen dieses Konzepts also nicht möglich.

Der Aufbau von salutogenen Faktoren wird im Zuge des Genusstrainings durch die Förderung euthymen Erlebens und Verhaltens erzielt. Das Wort Euthymie kommt aus dem Griechischen und bedeutet in etwa „Was der Seele guttut“ (Koppenhöfer, 2016, S.9). Die Grundidee euthymer Therapien ist es, den Fokus weg von der Krankheit und hin zur Gesundheit zu richten (Hölzel, 2008). In der Praxis bedeutet dies, dass die Klienten und Klientinnen im Verlauf des Genusstrainings lernen, welche Aspekte für sie selbst genussbringend sind und wie sie diese erlernte Selbstfürsorge auch im Alltag bestmöglich weiterführen können. Im Rahmen der einzelnen Sitzungen des Genusstrainings bezieht sich der Genuss vor allem auf sinnliche Wahrnehmungen und Achtsamkeit (Lutz, 2002). Hierfür werden bestimmte Materialien, welche die fünf Sinne positiv anregen sollen, zur Verfügung gestellt (Koppenhöfer, 2016).

Die Klienten und Klientinnen werden also im Rahmen des Genusstrainings – und im weiteren Verlauf auch im Alltag – dazu angeleitet, ihre Aufmerksamkeit nach außen zu richten. Analog zu den Ideen der Humanistischen Psychologie geht es um eine bewusste und achtsame Wahrnehmung gegenwärtiger alltäglicher Dinge, was die Aufmerksamkeit auf sich selbst und den momentanen Augenblick stärkt. Die Gedanken sollen auf die jetzige Handlung gerichtet werden und nicht davon abschweifen, so kann Freude an einer bestimmten Tätigkeit und somit Genuss entstehen (Peter & Gerl, 1991). Genuss im Alltag führt in weiterer Folge dazu, dass gesunde Anteile einer Person gegenüber den kranken Anteilen überwiegen und somit eine positive Balance hergestellt werden kann (Lutz, 2018).

Das theoretische Ziel dahinter ist es, durch die Aufmerksamkeitsfokussierung auf positive Reize positive Emotionen hervorzurufen. Diese Emotionen führen wiederum zu einer besseren allgemeinen Stimmung, was die weitere Aufmerksamkeitsfokussierung auf Positives begünstigt. Klienten und Klientinnen lernen also im Laufe des Genusstrainings anhand der zur Verfügung gestellten Materialien, diesen Positivkreis einzuüben und auch im Alltag beizubehalten (Lutz,

2011a). Dieser Wirkmechanismus wird in Abbildung 1 bildlich dargestellt. Das neu erlernte *Wohlfühl-Verhalten* soll langfristig stabilisiert werden und sich nicht nur während der einzelnen Genusssitzungen einstellen. Dies wird durch bestimmte Einstellungsänderungen beziehungsweise verstärkend wirkendes Erleben und Verhalten im Alltag erzielt (Koppenhöfer, 2011).

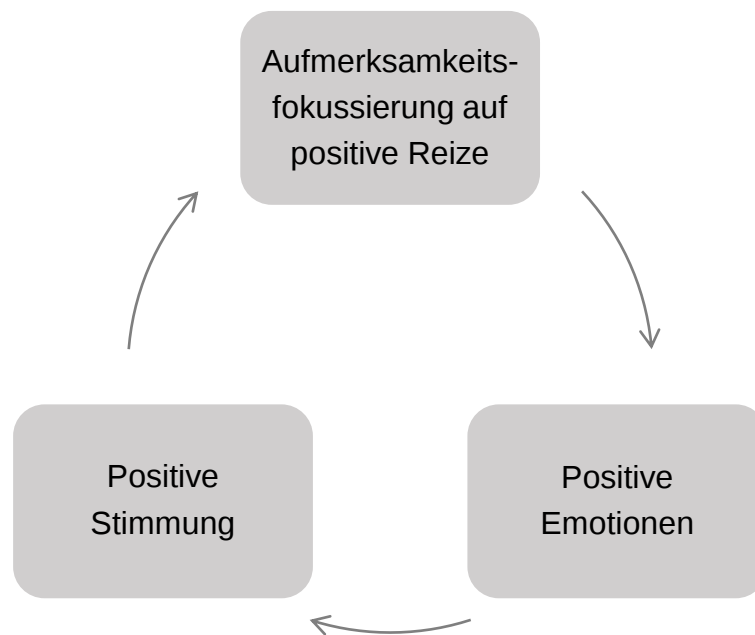


Abbildung 1: Theoretischer Wirkmechanismus von Genusstrainings.

2.1.1 Kleine Schule des Genießens. Die *Kleine Schule des Genießens* ist ein von Lutz und Koppenhöfer im Jahre 1983 erstelltes halbstandardisiertes Programm zur Durchführung eines Genusstrainings (Lutz, 2011c), welches im Rahmen dieser Arbeit zur Anwendung kommt. Das Ziel dieser Therapie besteht darin, die Sinnesmodalitäten der Klienten und Klientinnen anhand von speziellen Materialien zu sensibilisieren und eine neue Art des Genussempfindens zu vermitteln. Außerdem können angenehme Vorerfahrungen im Zuge des Genusstrainings wieder aufgegriffen werden und die Eigenverantwortung und Autonomie der Klienten und Klientinnen zur Selbstfürsorge gestärkt werden (Koppenhöfer, 2016).

Das Genustraining nach Lutz und Koppenhöfer wurde vorrangig für geschlossene Gruppensitzungen konzipiert, wobei eine Gruppengröße von acht Personen als optimal gilt (Koppenhöfer, 2016). Dies ermöglicht es den Klienten und Klientinnen, sich gegenseitig auszutauschen und Eindrücke miteinander zu teilen (Handler, 2009). Die Rolle des Psychologen oder der Psychologin ist eher

zurückhaltend. Es geht nicht darum, intervenierend einzugreifen oder zu handeln, sondern vielmehr darum, moderierend den Ablauf der Sitzungen und die Diskussion unter den Teilnehmern und Teilnehmerinnen zu leiten (Lutz, 1994).

In der Regel nimmt das Genusstraining nach der *Kleinen Schule des Genießens* zehn Sitzungen zu je eineinhalb bis zwei Stunden in Anspruch, dies kann jedoch je nach Indikation und Gruppenzusammensetzung variiert werden. Es wird außerdem empfohlen, zwei Einheiten pro Woche abzuhalten, um eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Genuss zu ermöglichen (Koppenhöfer, 2016). Wenn es aus bestimmten Gründen nur möglich ist, eine wöchentliche Sitzung anzubieten, so sollte auf jeden Fall sichergestellt werden, dass sich die Klienten im Rahmen von Hausübungen zwischen den einzelnen Gruppensitzungen aktiv mit Genuss beschäftigen (Lutz, 1994). Die anschließende Besprechung der Hausaufgaben dient außerdem als sehr guter Einstieg in der darauffolgenden Sitzung (Koppenhöfer, 2016).

Zwar wurde *Die Kleine Schule des Genießens* ursprünglich für Personen mit depressiver Symptomatik entworfen (Koppenhöfer, 2011), da es sich beim Genusstraining jedoch um eine salutogene, also gesundheitsfördernde Therapieform handelt, wird von den Autoren davon abgeraten, diese Intervention als alleinige Therapie von Klienten und Klientinnen mit bestimmten Krankheiten und Belastungen anzuwenden. Vielmehr soll es sich bei diesem Programm um eine vorgeschaltete beziehungsweise eine zusätzliche Form des Therapieangebots handeln (Koppenhöfer, 2016). Denn oftmals bedarf es zunächst eines Wechsels der Perspektive hin zur Gesundheit, um krankheitsorientierte Behandlungen überhaupt erst wirksam machen zu können (Handler, 2009). Im Zuge dieser Behandlungsmethode geht es darum, die noch vorhandenen Ressourcen zu aktivieren und neue Ressourcen zu entwickeln. Außerdem soll den Klienten und Klientinnen dabei geholfen werden, verfügbare Ressourcen nutzen zu können (Hölzel, 2008). Demnach kann diese Intervention auch bei Personengruppen unterschiedlicher Krankheiten und Belastungen zur Anwendung kommen (Koppenhöfer, 2006). Bestimmte pathogene Verhaltensweisen oder Einstellungen können im Rahmen der einzelnen Sitzungen des Trainings dabei durchaus von dem Therapeuten beziehungsweise der Therapeutin berücksichtigt werden, um mögliche Hindernisse beim Empfinden von Genuss aus dem Weg zu räumen, sollten jedoch keinesfalls im Fokus der Behandlung stehen (Lutz, 2002).

Bei Personengruppen, welche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten in ihrer Genussfähigkeit beziehungsweise der Aufnahme und Verarbeitung neuer Informationen eingeschränkt sind, sollte ein solches Genusstraining eher weniger zum Einsatz kommen (Buchhold, Kauer & Adler, 2015; Lutz, 2011b). Mögliche Beispiele hierfür wären Personen mit akuten schweren Schmerzen, aktuellen Trauerprozessen oder wahnhaften Zuständen. Außerdem sollte ein gewisses Maß an Gruppenfähigkeit und sozialer Integrationsfähigkeit gegeben sein, um mit dem Gruppensetting des Genusstrainings zurechtzukommen (Lutz, 1994).

Zudem ergeben sich durch eine bestimmte klinikspezifische Ideologie Pseudo-Kontraindikationen, da die Wirksamkeit und Ernsthaftigkeit des Programms oft abgewertet werden. Argumente diesbezüglich wären beispielsweise, dass der heitere Umgang mit der eigenen Krankheit dem eigentlichen Heilungsprozess im Wege stehe. Bezüglich dieser Annahme konnten jedoch noch keine derartigen Nebenwirkungen durch Genussprogramme festgestellt werden (Lutz, 2011b).

2.1.2 Ablauf des Genusstrainings. Im Zuge der, vom Manual empfohlenen, zehn Therapiesitzungen wird der Reihe nach Fokus auf alle fünf Sinnesmodalitäten der Klienten und Klientinnen gelegt. Das Riechen, Schmecken, Tasten, Hören und das Sehen werden also im Laufe des Genusstrainings abwechselnd behandelt. Durchschnittlich sind zwei Einheiten pro Sinneseindruck vorgesehen. Jede Einheit folgt dem gleichen Ablauf, wobei die Sitzung nach einer kurzen Besprechung der vorherigen Einheit mit einer *Gemeinsamen Einführungsübung* startet. Im Anschluss daran folgt das Selbstständige Experimentieren sowie eine Geleitete Vorstellungsübung mit anschließender *Besprechung*. Schlussendlich werden die Erfahrungen der jeweiligen Sitzung zusammengefasst und der Transfer in den Alltag wird mittels *Hausübung* gesichert.

In der ersten Sitzung werden - zusätzlich zum regulären Ablauf - zunächst die *7 Genussregeln* vorgestellt und besprochen, welche in Kapitel 2.1.3. näher erläutert werden. Anschließend werden im Zuge der *Gemeinsamen Einführungsübung* eine kleine Auswahl der vorbereiteten Materialien für die jeweilige Sinnesmodalität gemeinsam erprobt, um sich diesem Sinneseindruck innerhalb der Gruppe annähern zu können. Steht beispielsweise die Sinnesmodalität *Riechen* im Vordergrund, so können Gewürze, Tannenzweige oder Orangenschalen dargeboten werden. Diese Materialien werden mit Hilfe der im Fokus stehenden Sinnesmodalität achtsam und detailliert wahrgenommen. Beim darauffolgenden *Selbstständigen Experimentieren*

haben die Klienten und Klientinnen die Möglichkeit, sich frei zu bewegen und die vorbereiteten Materialien selbstständig zu explorieren. Das finale Ziel dieser Übung ist es, sich aus dem breiten Angebot einen Gegenstand auszusuchen, welcher besonders genussvoll für die jeweilige Person ist. Dieser Gegenstand wird für die nächste Übung, die sogenannte *Geleitete Vorstellungsübung*, verwendet. Dabei beschäftigen sich die Klienten und Klientinnen sehr intensiv mit dem von ihnen gewählten Gegenstand, während sie von dem Therapeuten oder der Therapeutin verbal angeleitet werden. Diese Vorstellungsübung stellt den Hauptteil jeder Sitzung dar und hat zum Ziel, dass sich die Klienten und Klientinnen intensiv auf das genussvolle Wahrnehmen fokussieren und die Eindrücke, Gefühle und Kognitionen, die dabei aufkommen, bewusst wahrnehmen und annehmen. Die dabei entstehenden Eindrücke können in der *Nachfolgenden Besprechung* gegenseitig ausgetauscht werden, außerdem kann der Psychologe oder die Psychologin auf die individuellen Anmerkungen der Klienten und Klientinnen eingehen und gegebenenfalls Bezug auf die Genussregeln nehmen. Die Sitzung wird mit der Gabe einer *Hausübung* abgeschlossen, welche die Teilnehmer und Teilnehmerinnen dazu bringen soll, auch im Alltag genussvolle Momente zu der jeweiligen Sinnesmodalität aufzufinden und fokussiert wahrzunehmen. Gegebenenfalls können auch eigene Materialien in die nächste Einheit mitgebracht werden. Diese Materialien und mögliche Genusserlebnisse der vergangenen Tage werden dann in der jeweiligen darauffolgenden Therapiesitzung innerhalb der Gruppe vorgestellt und kurz besprochen (Koppenhöfer, 2016).

2.1.3 Die 7 Genussregeln. Die 7 Genussregeln werden in der ersten Einheit des Therapieprogramms vorgestellt und erläutert. Diese sollen weniger als strikte Regeln, sondern vielmehr als Leitsätze zum genussvollen Erleben angesehen werden. Außerdem wird im Verlauf des Genussstrainings immer wieder Bezug auf diese Leitsätze genommen, um diese zu festigen und deren Relevanz für Genuss im Alltag aufzuzeigen. Sie haben daher einen großen Stellenwert im Laufe des gesamten Genussstrainings (Koppenhöfer, 2016). Im Folgenden werden die 7 Genussregeln aufgelistet und näher erläutert.

2.1.3.1 Genuss braucht Zeit. Um Genuss entwickeln zu können, braucht es Zeit, da es sich dabei um einen emotionalen Zustand handelt, welcher sich erst nach und nach einstellen muss (Lutz, 1994). Vor allem bei ungeübten Personen kann es etwas länger dauern, bis Genuss erfahren wird, da die Fähigkeit, Genuss zu

empfinden, im Alltag oft verlernt wird. Diese Momente des Genusses müssen bewusst aufgesucht und erlebt werden. Es genügen jedoch kurze Zeitintervalle von wenigen Minuten, um Genuss erfahren zu können - ein Urlaub oder Wellnessstag sind hierfür nicht notwendig. Vielmehr geht es darum, im Alltag nach kleinen Genussmomenten zu suchen (Koppenhöfer, 2016) und diese auch als solche zu erkennen und zu nutzen (Koppenhöfer, 2011), um Gewöhnliches wertvoll machen zu können (Koppenhöfer, 2016).

2.1.3.2 Genuss muss erlaubt sein. Schon von Geburt an sind Menschen dazu in der Lage, Genuss zu empfinden (Koppenhöfer, 2016). Sogenannte Genussverbote schleichen sich jedoch oft im Laufe unseres Lebens in Form von kognitiven Schemata ein. Diese sind Annahmen darüber, dass alles was wir in unserem Alltag tun, sinnvoll sein und ein bestimmtes Ziel verfolgen muss. Sie hemmen somit den täglichen Genuss (Koppenhöfer, 2006), was dazu führt, dass wir die Fähigkeit zu Genießen verlernen (Koppenhöfer, 2016). Diese Genussverbote sollen im Laufe des Genusstrainings kritisch hinterfragt und umstrukturiert werden, sodass in einem weiteren Schritt Genuss ohne Reue angenommen und empfunden werden kann (Lutz, 1994).

2.1.3.3 Genuss geht nicht nebenbei. Beim Erfahren von Genuss ist es wichtig, sich auf einen kleinen Bereich zu konzentrieren. Die Fähigkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung spielt hier eine wichtige Rolle, welche im Laufe des Genusstrainings geübt werden soll. Während einzelnen Genussmomenten sollte ein bestimmter Aspekt im Vordergrund stehen, beispielsweise eine Berührung oder ein Geruch. Andere störende Eindrücke der Situation, wie zum Beispiel laute Geräusche, sollten ausgeblendet werden (Koppenhöfer, 2005). Außerdem ist es wichtig, sich in diesem Augenblick nur auf den Genuss zu konzentrieren. Andere Tätigkeiten sind dabei nebensächlich und sollten auf einen anderen Zeitpunkt verschoben werden (Lutz, 2011b).

2.1.3.4 Genuss ist Geschmackssache – Jedem das Seine. Um Genuss empfinden zu können ist es unabdingbar, seine eigenen Vorlieben und Präferenzen zu kennen und diesen auch nachzugehen. Jeder Mensch erlebt andere Dinge oder Situationen als genussbringend; Genuss ist also sehr individuell (Lutz, 2011b). In den einzelnen Sitzungen sollen die Klienten und Klientinnen darin unterstützt werden, ihre eigenen Vorlieben zu entdecken, sofern sie diese noch nicht kennen. Außerdem ist es während der Genusssitzungen wichtig, einerseits zu seinen eigenen Präferenzen zu

stehen und andererseits die Präferenzen der anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu akzeptieren (Koppenhöfer, 2005).

2.1.3.5 Weniger ist mehr. Es ist die Annahme verbreitet, es sei umso besser, je mehr Genuss erlebt wird. Dies stimmt jedoch nicht, denn ein Überangebot an Genuss kann dazu führen, dass die positive Wirkung abgeschwächt wird oder sogar in Ablehnung mündet (Koppenhöfer, 2005). Denn erst durch seine Begrenztheit erlangt ein Moment Kostbarkeit. Die Beschränkung ist jedoch nicht zu verwechseln mit der Bescheidenheit in Bezug auf Genuss (Koppenhöfer, 2016). Genussmomente sollen also auf jeden Fall erlebt werden, jedoch sollten diese immer etwas Besonderes bleiben und nicht als selbstverständlich angesehen werden (Koppenhöfer, 2006). Bei Genuss steht also Qualität vor der Quantität (Lutz, 1994).

2.1.3.6 Ohne Erfahrung kein Genuss. Beim intensiven Genusserleben spielen kleine Nuancen eine große Rolle. Diese können jedoch erst durch genauen und wiederholten Kontakt wahrgenommen und in einem weiteren Schritt differenziert werden (Lutz, 2011b). Bestimmte Vorerfahrungen können hierfür als Informationsbasis herangezogen werden. Eine differenzierte Wahrnehmung führt schließlich zu einem höheren Genussempfinden (Koppenhöfer, 2016). Außerdem sollten aktuelle Sinneseindrücke in das Vorwissen integriert werden, um umfassenden Genuss empfinden zu können. Frühere positive Erfahrungen mit einem bestimmten Gegenstand oder Moment können dabei helfen, den gegenwärtigen Eindruck positiv einzufärben (Koppenhöfer, 2005).

2.1.3.7 Genuss ist alltäglich. Es ist eine verbreitete Annahme, dass Genuss mit besonderen Ereignissen in Zusammenhang steht. Beispiele hierfür könnten ein Strandurlaub oder ein besonderes Abenteuer sein. Im Zuge des Genusstrainings soll den Klienten und Klientinnen jedoch vermittelt werden, dass Genuss auch in ganz alltäglichen und „einfachen“ Situationen erlebt werden kann (Koppenhöfer, 2016). Da diese alltäglichen Genüsse oft versteckt sind, muss die Fähigkeit erlernt werden, diese Gegenstände und Momente zu finden und als genussvoll anzunehmen (Koppenhöfer, 2006). Somit kann alltäglichen Dingen ein besonderer Wert zugeschrieben werden (Koppenhöfer, 2016). Jeder Mensch hat dabei seine eigenen Dinge die Genuss im Alltag hervorrufen können (Lutz, 1994). Dabei kann es sich um eine warme Dusche, den Geruch von Kaffee am Morgen, oder die morgendlichen Sonnenstrahlen am Weg zur Arbeit handeln.

2.2 Psychische Gesundheit älterer Menschen

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen über 60 Jahren wurde im Jahre 1989 von Cooper (zitiert nach Gatterer, 2007, S.7) auf zirka 25% geschätzt. Auch die Berliner Altersstudie kommt zu einem ähnlichen Ergebnis, mit einer Prävalenzrate von 24% (Linden et al., 1998). Die dabei am häufigsten vorkommenden Erkrankungen umfassen die Demenz, depressive Erkrankungen und neurotische Störungen. Ein wichtiger Faktor, welcher für den Anstieg psychischer Erkrankungen im höheren Alter verantwortlich ist, ist die physische Belastung durch diverse körperliche Beschwerden und Krankheiten (Gatterer, 2007).

2.2.1 Demenz. Die Demenz ist die häufigste psychische Erkrankung bei älteren Personen, wobei die Anzahl an demenzkranken Personen mit voranschreitendem Alter rasant zunimmt. Während die Prävalenzrate in Deutschland bei 65- bis 69-Jährigen bei zirka 2% liegt, erreicht diese bei über 90-Jährigen mehr als 30% (Robert Koch-Institut, 2015). Sowohl *die Heidelberger Hundertjährigen-Studie* (Kliegel, Moor & Rott, 2004, zitiert nach Rott & Jopp, 2012) als auch eine dänische Längsschnittstudie (Andersen-Ranberg, Vasegaard & Jeune, 2001, zitiert nach Rott & Jopp, 2012) kamen zu dem Ergebnis, dass mehr als die Hälfte der 100-Jährigen zumindest eine mittelgradige Demenzerkrankung aufweisen.

Aus heutiger Sicht ist es noch nicht möglich, die demenzielle Erkrankung zu heilen. Es gibt jedoch einige Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, beziehungsweise die Belastungen, die durch die Demenz entstehen, zu verringern. Durch die Verschiedenheit und Breite der demenziellen Symptomatik erfolgt die Behandlung meist multidisziplinär und umfasst pharmakologische, psychologische, psychosoziale und kontextuale Ansätze, welche je nach Individuum und Stadium der Erkrankung zum Einsatz kommen. Diese verfolgen vor allem das Ziel, die Lebensqualität der Personen trotz voranschreitender Erkrankung aufrechtzuerhalten. Außerdem soll damit versucht werden, die Funktionalität und Selbstständigkeit der Personen mit demenzieller Erkrankung zu fördern (Gatterer, 2008).

2.2.2 Depression. Die zweithäufigste psychische Erkrankung im fortgeschrittenen Alter stellt die Depression dar. Eine im Jahr 1997 durchgeführte Metaanalyse, welche sich mit der Epidemiologie depressiver Störungen auseinandersetzte, kam zu dem Ergebnis, dass etwa 16% der über 60-Jährigen an Depression leiden. Dabei wurden internationale Studien analysiert, welche hauptsächlich in den 80er und 90er Jahren publiziert wurden (Adam, 1997). Die

Berliner Altersstudie konnte bei über 70-Jährigen eine Prävalenzrate der Depression von 9,1% feststellen (Linden et al., 1998), während eine holländische Studie bei 55– bis 85-Jährigen eine Rate von 14,9% auffand. Dabei waren 80- bis 85-Jährige mit 19,4% die am stärksten betroffene Altersgruppe (Beekman et al., 1995).

Die große Spanne der Prävalenzraten von depressiven Störungen im höheren Alter kommt unter anderem dadurch zustande, dass die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen oft schwer fällt. Vor allem weist die depressive Symptomatik Überschneidungen mit der demenziellen Symptomatik auf (Linden et al., 1998). So treten bei beiden Erkrankungen häufig sozialer Rückzug, Apathie und erhöhte Suizidalität auf (Stoppe, 2008). Personen mit leichter bis mittelgradiger Demenz besitzen außerdem eine höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken (Linden et al., 1998). Eine italienische Längsschnittstudie kam zu dem Ergebnis, dass 63% aller Personen mit demenzieller Symptomatik gleichzeitig depressive Symptome aufweisen (Solfrizzi et al., 2007). Eine Risikogruppe bei der Entwicklung einer depressiven Symptomatik stellen dabei demente Personen dar, die in Pflegeheimen oder Pflegekrankenhäusern untergebracht sind. (Gutzmann & Qazi, 2015). Zusätzlich dazu konnte ein positiver Zusammenhang zwischen einer diagnostizierten Depression und dem Risiko, im vorangeschrittenen Alter an Demenz zu erkranken, gefunden werden, wobei sich das Erkrankungsrisiko von Personen mit Depression in der Vorgeschichte verdoppelt (Stoppe, 2008).

2.2.3 Allgemeines Wohlbefinden. Neben der Psychopathologie gibt es auch noch andere psychische Faktoren im hohen Alter, welche von großem Interesse für die heutige Forschung sind. In den letzten Jahren gab es verstärkt Bemühungen, die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden speziell von älteren Personen zu untersuchen (Rott & Jopp, 2012; Jopp et al., 2013; Stoppe, 2008). Forschung in diesem Bereich prägte den Begriff des Wohlbefindensparadox. Dieser behandelt die Tatsache, dass, trotz zahlreicher Einschränkungen, Beschwerden, schwieriger Lebenssituationen und Verluste, das subjektive Wohlbefinden im Alter relativ stabil bleibt (Staudinger, 2000, zitiert nach Rott & Jopp, 2012). So kam die *Heidelberger Hundertjährigenstudie* zu dem Ergebnis, dass kein signifikanter Unterschied zwischen 100-Jährigen und 60- beziehungsweise 40-Jährigen in der Lebenszufriedenheit vorliegt (Jopp et al., 2013). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass ältere Personen eher in der Lage sind, ihre Affekte zu regulieren und dass die Bewertung aktueller Situationen in Bezug auf das bisherige Leben und dessen Errungenschaften basiert

(Stoppe, 2008). Hinzu kommt das Phänomen, dass der Wert der subjektiven Zufriedenheit mit zunehmendem Alter breiter streut (Jopp, Rott & Oswald, 2008). Dies lässt vermuten, dass es große individuelle Unterschiede in der Art und Weise gibt, wie mit den Anforderungen und Belastungen des hohen Alters umgegangen wird und diese bewertet werden (Rott & Jopp, 2012). Dies zeigt die Notwendigkeit auf, speziell älteren Personen dabei zu helfen, vorhandene Ressourcen zu aktivieren und einen Weg zu finden, mit altersbedingten Einschränkungen umgehen zu können. Genusstrainings erscheinen aufgrund ihres ressourcenorientierten Vorgehens eine geeignete Methode bei der Unterstützung älterer Menschen im Umgang mit Belastungen zu sein.

2.3 Forschungsstand

Im Folgenden wird die Wirksamkeit von Genusstrainings und ähnlichen Interventionen auf das psychische Befinden anhand einiger Studien und Metaanalysen vorgestellt.

2.3.1 Wirksamkeit von Genusstrainings. Aufgrund von Schwierigkeiten, die interessierenden positiven Konstrukte adäquat zu erfassen und zu messen, gibt es nur wenige Studien, welche sich bisher der Evaluation von Genusstrainings nach dem Manual von Koppenhöfer und Lutz (2016) gewidmet haben. Außerdem sind die Daten und genauere Informationen zur Vorgehensweise dieser Studien nicht öffentlich zugänglich, weswegen sich bei der Vorstellung dieser Studien nur auf Sekundärliteratur bezogen werden kann, welche das Forschungsdesign und einzelne Ergebnisse dieser empirischen Studien kurz beschreibt (Lutz, 2011a). Bei dieser Quelle handelt es sich um das Manual *Die kleine Schule des Genießens* (Koppenhöfer, 2016).

In einer Interventionsstudie zur Genussfähigkeit depressiver Personen wurden 30 Personen getestet, die entweder der Interventionsgruppe, welche das Standardtherapieprogramm für Depression und eine begleitende Genussgruppe beinhaltete, oder der Kontrollgruppe, welche sich auf das Standardtherapieprogramm beschränkte, zugeordnet wurden. Dabei ergaben sich signifikante Verbesserungen für die Personen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Genuss- und Entspannungsfähigkeit, sowie ein Anstieg an positiver Selbstbeschreibung. Gleichzeitig konnte jedoch das Ausmaß an negativer Selbstbeschreibung nur wenig verringert werden. Diese Ergebnisse wurden vom Autor dahingehend interpretiert, dass durch die Teilnahme an der Genussgruppe eine allgemeinere Sichtweise auf die

Umwelt und sich selbst eingenommen werden kann, welche es den Patienten und Patientinnen ermöglicht, auch positive Dinge wahrzunehmen (Brotzler, 1983, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140).

In einer weiteren Analyse wurden die unterschiedlichen Effekte zweier Behandlungsmethoden an 50 Personen mit diagnostizierter Depression untersucht. Dabei wurden zusätzlich zum Standardbehandlungsprogramm der Depression entweder eine Genussgruppe oder eine Aktivitätsgruppe angesetzt. Die Ergebnisse zeigten, dass beide erweiterten Behandlungsmethoden zu einer signifikanten Verbesserung der Depressionswerte der Personen führten. Außerdem konnten speziell durch das zusätzliche Genussprogramm, gemessen durch das Instrument der *Eigenschafts-Wörter-Liste* von Janke und Debus (1978), positive Effekte auf die Werte *allgemeines Wohlbefinden*, *Introversion* und *Ärger* erzielt werden. Kritisch anzumerken ist, dass in dieser Experimentalstudie lediglich die zwei Zusatzmethoden miteinander verglichen wurden und dadurch keine Informationen zum Verlauf der Depressionswerte bei Patienten und Patientinnen vorliegen, die nur das Standardbehandlungsprogramm erfuhren (Bausch, 1984, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140).

Im Jahr 2008 wurde ein Genuss- und Sinnestraining mit Personen, welche sich zu dieser Zeit in teilstationärer psychiatrischer Behandlung befanden, durchgeführt. Dieses Training wurde zwar an das Manual *Kleine Schule des Genießens* angelehnt, enthielt aber einige Abänderungen. Es handelte sich dabei um ein offenes Gruppensetting, anstatt wie empfohlen um ein Geschlossenes. Außerdem wurden einige Übungen ein wenig modifiziert. Der Großteil der Probanden und Probandinnen litt an einer depressiven Störung. Im Zuge des offenen Gruppensettings wurden insgesamt 140 Fragebögen gesammelt, welche Auskunft über die aktuelle Stimmungslage vor und nach jeder Trainingseinheit geben sollten. Außerdem wurden die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen im Rahmen des Fragebogens um positive sowie negative Kritik zum Genuss- und Sinnestraining gebeten. Der Mittelwert der 16-stufigen Stimmungsskala lag am Ende der Sitzung mit 12.03 signifikant höher als vor Beginn der Sitzung, als der mittlere Wert 10.99 betrug. Außerdem enthielten 85.7% aller Fragebögen am Ende jeder Einheit ausschließlich positive Kritik. Dabei wurden die Sinnesübungen als sehr interessant und die Atmosphäre innerhalb der Gruppe und der humorvolle Umgang miteinander als sehr angenehm empfunden. Als

störend wurden lärmende Außengeräusche und die individuelle Einschränkung in der Wahrnehmungsfähigkeit einzelner Sinnesmodalitäten angegeben (Hölzel, 2008).

2.3.2 Wirksamkeit von Achtsamkeitsbasierten Behandlungen. Aufgrund der Rarität von Experimentalstudien, welche die Wirksamkeit von Genussstrainings evaluierten, werden im Folgenden Ergebnisse von Studien dargestellt, welche ähnliche Trainingsprogramme analysierten. Dabei handelt es sich um Behandlungsmethoden, welche die Förderung der Achtsamkeit von Klienten und Klientinnen zum Ziel haben. Ähnlich wie die Steigerung der Genussfähigkeit soll Achtsamkeit in weiterer Folge das Wohlbefinden steigern und psychische Symptome senken, es handelt sich also um durchaus ähnliche Wirkmechanismen (Baer, 2003; Mellor, Ingram, Van Huizen, Arnold & Harding, 2016).

Im Jahre 2014 wurde die Wirkung eines Achtsamkeitsprogramms bei Personen mit Demenz, sowie deren Pflegern und Pflegerinnen, evaluiert. Dabei nahmen insgesamt 37 Personen an dem Behandlungsprogramm teil, welches sich über acht Wochen (eine Einheit pro Woche) erstreckte. Die Gruppen setzten sich jeweils aus 7 bis zwölf Teilnehmern und Teilnehmerinnen zusammen und während der Sitzungen wurde das Hauptaugenmerk auf achtsamkeitsbasierte Übungen gelegt. Diese beinhalteten Atemübungen, die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers und dessen Bewegungen, sowie das Beobachten der eigenen Gefühle. Große Bedeutung wurde dabei dem Begriff der Akzeptanz eingeräumt, was bedeutet, dass aufkommende Gefühle, Gedanken und Eindrücke zwar wahrgenommen, jedoch nicht bewertet beziehungsweise verändert werden sollen. Es konnte gezeigt werden, dass das Achtsamkeitsprogramm signifikante positive Effekte sowohl auf die subjektive Lebensqualität, gemessen durch die *Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale* (QOL-AD), als auch auf die Depressivität hatte. Außerdem konnten funktionelle Fähigkeiten, wie die visuelle Aufmerksamkeit und die Bearbeitung von verschiedenen Aufgaben, signifikant verbessert werden (Paller et al., 2014).

Beim direkten Vergleich einer Reminiszenztherapie, einer Aktivitätentherapie und einer unstrukturierten Zeiteinheit bei an Demenz erkrankten Personen, konnten in einer weiteren Studie durch erstere die größten Effekte auf das aktuelle Wohlbefinden erzielt werden. Im Zuge dieser Reminiszenztherapie wurden den Personen beispielsweise Fotos, Bilder oder andere Gegenstände dargeboten, welche gezielt die verschiedenen Sinne ansprechen und dadurch bestimmte Erinnerungen hervorrufen sollen. Die 25 Teilnehmer und Teilnehmerinnen dieser Studie durchliefen jeweils alle

drei unterschiedlichen Behandlungsformen, sodass ein Vergleich der Effektivität dieser möglich war. Während der einzelnen Behandlungseinheiten wurden die Probanden und Probandinnen von geschulten Psychologen und Psychologinnen beobachtet und es konnte somit ein individueller Wohlbefindens-Score $([-5;5])$, basierend auf verschiedene beobachtete Verhaltenskategorien, vergeben werden. Etwa die Hälfte derjenigen Personen, welche gerade die Reminiszenztherapie erfuhren, konnten einen Score von +3 erzielen, während die Aktivitätentherapie diesen Score nur bei etwa einem Drittel hervorrufen konnte. Nur zirka 15% der Personen erreichten im Rahmen der unstrukturierten Zeiteinheit einen Wohlbefindens-Score von +3. Dieses Ergebnis deutet auf eine Überlegenheit von Therapien, welche sich mit den Sinnen und daraus resultierenden Erinnerungen beschäftigen, gegenüber einfachen Aktivitätentherapien, in denen die Personen Spiele spielen, Handarbeiten verrichten oder basteln, hin (Brooker & Duce, 2010).

In einer Metaanalyse konnten ebenfalls durchgehend positive Effekte von Achtsamkeitstrainings auf diverse psychologische Variablen gefunden werden. Dabei wurden 21 Studien in die statistische Analyse einbezogen, welche unterschiedliche Abwandlungen achtsamkeitsbasierter Interventionen durchführten und evaluierten. Darunter fielen achtsamkeitsbasierte Trainings zur Stressreduktion, Kognitive Therapien, Verhaltenstherapien, Akzeptanz- und Commitment-Therapien (ACT) und Programme zur Rückfallprävention. Bei den Probanden und Probandinnen handelte es sich um Personen mit chronischen Schmerzen, Personen mit diversen psychischen beziehungsweise körperlichen Belastungen und Erkrankungen, sowie Personen, die der gesunden Population zuzuordnen sind. Bei der Gesamtanalyse der Ergebnisse der berücksichtigten Studien konnte ein Rückgang der Schmerzsymptomatik, der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik durch achtsamkeitsbasierte Programme festgestellt werden. Außerdem zeigten Personen, die an einem solchen Programm teilgenommen haben, signifikant geringere Rückfallraten für depressive Episoden, was auf Langzeiteffekte achtsamkeitsbasierter Interventionen schließen lässt. Auch bei gesunden Personen konnte eine Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit nachgewiesen werden (Baer, 2003).

2.4 Relevanz

Im Folgenden werden die wesentlichen Aspekte dargestellt, welche die praktische und wissenschaftliche Relevanz der vorliegenden Studie aufzeigen sollen.

2.4.1 Praktische Relevanz. Sowohl die Demenz als auch die Depressivität weisen im höheren Alter eine hohe Prävalenz auf. Beinahe jede vierte Person über 60 Jahren leidet an einer psychischen Krankheit, wobei die oben genannten Störungen den größten Anteil ausmachen (Adam, 1997; Gatterer & Croy, 2005, zitiert nach Gatterer, 2008, S. 143). Zusätzlich dazu haben demente Personen, welche in Pflegeheimen oder Pflegekrankenhäusern untergebracht sind, ein erhöhtes Risiko, eine depressive Symptomatik auszubilden (Gutzmann & Qasi, 2015).

Vor allem die Demenz stellt eine hohe Belastung dar – nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörige. Denn nicht nur das Vergessen ist ein Aspekt der demenziellen Erkrankung, welcher die Lebensqualität stark einschränkt. Auch die voranschreitenden Einbußen in der Selbstständigkeit von Personen mit demenzieller Symptomatik stellen ein wesentliches Problem dar, sowohl für die Betroffenen als auch für die pflegenden Personen (Hirsch, 2001; Neubauer, 2007).

Im Zuge dieser Arbeit wurde eine Methode angewandt und evaluiert, welche das Potenzial hat, den Verlauf der Demenzerkrankung zu verlangsamen beziehungsweise die demenzielle Symptomatik zu reduzieren (Paller et al., 2014). Außerdem ist aus der Literatur bekannt, dass Genusstrainings depressive Symptome verringern und das Wohlbefinden steigern können (Baer, 2003 Bausch, 1984, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140; Brotzler, 1983, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140).

Auch wenn es durch die angewandte Behandlungsmethode nicht gelingen sollte, depressive und demenzielle Symptome zu verringern, so besteht dennoch die Chance, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Klienten und Klientinnen aufrechtzuerhalten beziehungsweise zu verbessern. Denn besonders ältere Personen sind oft mit dem Alleinsein konfrontiert und haben das Gefühl, ihr Leben bereits abgeschlossen zu haben (Hirsch, 2001). Genusstrainings bieten für diese Menschen einerseits die Möglichkeit, vermehrt in Kontakt mit anderen Personen, welche ähnliche Problemen haben, zu treten, als auch die Erfahrung zu machen, dass auch im hohen Alter immer noch genossen werden kann und darf.

2.4.2 Wissenschaftliche Relevanz. Da Genusstrainings noch nicht speziell bei Personen im hohen Alter durchgeführt wurden, kann die vorliegende Arbeit als Pilotstudie angesehen werden. Zwar konnten bereits Vorannahmen über die Effekte der Behandlungsmethode auf die depressive Symptomatik (Bausch, 1984, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140; Brotzler, 1983, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140) und das allgemeine Wohlbefinden (Baer, 2003) der Klienten und Klientinnen aufgrund bestehender Literatur getroffen werden, jedoch handelt es sich bei der Analyse der Wirkung auf die Demenz um ein exploratives Vorgehen. Die Beobachtung einer Verbesserung der demenziellen Symptomatik durch Genusstrainings könnte eine Bereicherung für zukünftige Forschung darstellen.

Die Kombination aus einem längsschnittlichen Prä- und Posttest – Design mit einer kurzzeitigen Analyse der aktuellen Stimmung und deren Veränderung vor und nach jeder Genusseinheit stellt ebenso eine neue Methode der Evaluation eines Genusstrainings dar. Zwar wurde eine derartige Stimmungsskala für kurzfristige Stimmungsveränderungen bereits bei Hölzel (2008) angewandt, im Zuge dieser Studie kamen jedoch keine psychometrischen Tests zum Einsatz. Die Verwendung beider Verfahrensarten ermöglicht durch den direkten Vergleich eventuell bessere Einblicke in die genaue Wirkweise von Genusstrainings.

Außerdem ermöglicht die zusätzliche Befragung der Klienten und Klientinnen im Anschluss an das Genustraining die individuelle Bewertung des Programms zu erschließen. Die Kritik seitens der Teilnehmer und Teilnehmerinnen und die explizite Frage nach Verbesserungsvorschlägen in Bezug auf die Inhalte und Durchführung des Genusstrainings stellt eine Hilfe für zukünftige Projekte dar. Somit können etwaige Anpassungen und Verbesserungen vorgenommen werden, um im weiteren Schritt bessere Effekte erzielen zu können.

3 Forschungsfrage und Hypothesen

Ausgehend von der berücksichtigten Literatur und den daraus resultierenden Vorannahmen werden im folgenden Kapitel die allgemeine Forschungsfrage und die konkreten Hypothesen, um diese beantworten zu können, vorgestellt.

3.1 Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit nimmt sich zum Ziel, mögliche Effekte des Genusstrainings nach Art der *Kleinen Schule des Genießens* (Koppenhöfer, 2016) bei älteren Menschen zu evaluieren. Dabei soll der Fokus einerseits auf das subjektive Wohlbefinden dieser Menschen und andererseits auf die demenzielle und depressive Symptomatik gelegt werden. Auf Basis bestehender Literatur wird davon ausgegangen, dass positive Effekte sowohl auf das Wohlbefinden, als auch auf die depressive Symptomatik erzielt werden können (Baer, 2003; Bausch, 1984, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140; Brotzler, 1983, zitiert nach Koppenhöfer, 2016, S. 140; Paller et al., 2014). Bezüglich der Verbesserungen im Bereich der demenziellen Symptomatik durch Genusstrainings sind bisher noch keine Studienergebnisse bekannt. Da es sich bei der Demenz generell um eine degenerative Krankheit handelt, ist es durchaus möglich, dass sich die Werte für Demenz bei den Klienten und Klientinnen innerhalb der Erhebungsdauer verschlechtern. Hier wird also keine Verbesserung, sondern eher eine Stagnation - im Gegensatz zu einer Verschlechterung - der demenziellen Symptomatik im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt erwartet.

3.2 Hypothesen

Aus der Berücksichtigung bisheriger Literatur und eigener Überlegungen ergeben sich folgende Hypothesen, welche sich einerseits auf die Veränderungsmessung in der Interventionsgruppe und andererseits auf den Vergleich der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt beziehen.

3.2.1 Vergleich der Messzeitpunkte innerhalb der Interventionsgruppe(a)

Es wird angenommen, dass bei der Interventionsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt bessere Werte bezüglich des subjektiven Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik erzielt werden. Außerdem wird erwartet, dass die demenzielle Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt nicht stärker ausgeprägt ist als zum ersten Messzeitpunkt. Die statistischen Hypothesenpaare lauten daher wie folgt:

1.a Subjektives Wohlbefinden:

H0 (1a): Das Wohlbefinden der Personen der Interventionsgruppe unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Messzeitpunkt oder ist zum zweiten Messzeitpunkt niedriger.

H1 (1a): Das Wohlbefinden der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt höher als zum ersten Messzeitpunkt.

2.a Depressive Symptomatik:

H0 (2a): Die depressive Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Messzeitpunkten oder ist zum zweiten Messzeitpunkt stärker ausgeprägt.

H1(2a): Die depressive Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt schwächer ausgeprägt als zum ersten Messzeitpunkt.

3.a Demenzielle Symptomatik:

H0 (3a): Die demenzielle Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt stärker ausgeprägt als zum ersten Messzeitpunkt.

H1 (3a): Die demenzielle Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt schwächer ausgeprägt als zum zweiten Messzeitpunkt oder bleibt unverändert.

3.2.2 Vergleich der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe(b). Es wird angenommen, dass die Interventionsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt bessere Werte bezüglich des Wohlbefindens und der depressiven und demenziellen Symptomatik aufweist, als die Kontrollgruppe. Folgende statistische Hypothesen ergeben sich daraus:

1.b Subjektives Wohlbefinden:

H0 (1b): Das Wohlbefinden der Personen der Interventionsgruppe unterscheidet sich zum zweiten Messzeitpunkt nicht vom Wohlbefinden der Personen der Kontrollgruppe oder ist niedriger.

H1 (1b): Das Wohlbefinden der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt höher als das Wohlbefinden der Personen der Kontrollgruppe.

2.b Depressive Symptomatik:

H0 (2b): Die depressive Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe unterscheidet sich zum zweiten Messzeitpunkt nicht von der depressiven Symptomatik der Personen der Kontrollgruppe oder ist stärker ausgeprägt.

H1 (2b): Die depressive Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt schwächer ausgeprägt als die depressive Symptomatik der Personen der Kontrollgruppe.

3.b Demenzielle Symptomatik:

H0 (3b): Die demenzielle Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe unterscheidet sich zum zweiten Messzeitpunkt nicht von der demenziellen Symptomatik der Personen der Kontrollgruppe oder ist stärker ausgeprägt.

H1 (3b): Die demenzielle Symptomatik der Personen der Interventionsgruppe ist zum zweiten Messzeitpunkt schwächer ausgeprägt als die demenzielle Symptomatik der Personen der Kontrollgruppe.

4 Methodik

Im folgenden Kapitel werden die methodischen und ethischen Aspekte der Studie dargestellt. Zusätzlich dazu wird die praktische Durchführung der einzelnen Genusseinheiten, sowie der zugehörigen Prä- und Posttestung, umrissen. Außerdem wird auf die statistische und deskriptive Analyse des erhobenen Datenmaterials eingegangen.

4.1 Forschungsdesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um einen Vergleich der psychischen Gesundheit von Personen, welche ein fünfwöchiges Genustraining erfuhren und Personen, welche keine oder eine andere Behandlungsform bekamen. Es wurde daher eine Prä- und Posttestung sowohl mit der Interventions- als auch mit der Kontrollgruppe durchgeführt. Die Prätestung wurde zusätzlich als Basis für die Aufteilung der Probanden und Probandinnen herangezogen. Die Posttestung ermöglichte Aussagen zur Veränderung der psychischen Gesundheit durch das Genustraining in der Interventionsgruppe. Außerdem konnte das Ausmaß der Veränderung im Zuge der Intervention mit der Kontrollgruppe verglichen werden. Um weitere Informationen zur Stimmungsänderung durch das Genustraining zu erhalten, wurde zusätzlich zu Beginn und am Ende jeder Einheit eine 9-stufige Stimmungsskala

ausgehändigt. Somit konnte sowohl eine Veränderung innerhalb einer Stunde, als auch eine Veränderung im Laufe der fünf Genusseinheiten untersucht werden.

Da die vorliegende Stichprobe relativ klein war, wurde, zusätzlich zu der statistischen Auswertung der Unterschiede der beiden Gruppen, ein teilstrukturiertes Interview nach Abschluss des Genusstrainings sowohl mit der Interventionsgruppe, als auch mit der Kontrollgruppe abgehalten. Das Interview der Personen der Interventionsgruppe gab Aufschluss über die subjektive Bewertung des Programms und lieferte außerdem neue Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Anwendungen eines Genusstrainings. Die Befragung der Kontrollgruppe diente dazu, Unterschiede im subjektiven Befinden der beiden Gruppen ausfindig zu machen. Zusätzlich wurden Informationen darüber gesammelt, ob die Personen an einem anderen Programm teilgenommen haben und wie sie dieses bewerten würden. Falls keine derartige Behandlung zu dieser Zeit stattgefunden hat, wurde der Bedarf danach eruiert.

4.2 Stichprobe

Die vorliegende Stichprobe setzte sich aus Personen zusammen, die zum Zeitpunkt des Forschungsprojekts im Pflegekrankenhaus *Haus der Barmherzigkeit* in der Seeböckgasse 30 in Wien wohnten. Die Klienten und Klientinnen wurden von den dort tätigen Psychologinnen ausgewählt und zu einer freiwilligen Teilnahme an dem Forschungsprojekt eingeladen. Da die Psychologinnen häufigen Kontakt zu den Bewohnern und Bewohnerinnen des Pflegekrankenhauses hatten und diese bereits kannten, wurde die Selektion basierend auf der Einschätzung der Bereitschaft und Motivation sowie der Schwere der demenziellen Symptomatik vorgenommen. Die Ergebnisse des ersten Messzeitpunkts stellten im Rahmen eines *Statistischen Matchings* die Basis für die Zuteilung der Bewohner und Bewohnerinnen zur Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe dar.

In Absprache mit den zuständigen Psychologinnen des Pflegekrankenhauses wurden diejenigen Personen von der Studie ausgeschlossen, welche an einer schwergradigen Demenz leiden. Das bedeutet, dass für die Teilnahme an dem Projekt ein Mindestwert von 10 Punkten im Mini Mental State Test (MMST), welcher den Schweregrad einer Demenz erfasst, erzielt werden musste (Hildebrandt, 2014). Dies sollte verhindern, dass die Krankheitssymptome einer schweren Demenz der Wirksamkeit und Durchführbarkeit des Genusstrainings im Wege stehen. Im Falle, dass eine Person beim ersten Messzeitpunkt ein Ergebnis unter diesem Wert erzielte,

wurde diese von der Studienteilnahme ausgeschlossen und eine andere Person, welche den Einschlusskriterien entsprach, wurde zu einer Studienteilnahme eingeladen.

Außerdem bestand die Anforderung, dass die Probanden und Probandinnen ein Mindestalter von 65 Jahren haben. Dies entspricht der Definition der World Health Organisation (WHO) für ältere Menschen und stellt auch in der Literatur die am häufigsten verwendete Altersgrenze bei der Untersuchung älterer Menschen dar. Mit dieser Einschränkung sollte ermöglicht werden, explizite Aussagen über die Wirksamkeit des Genusstrainings in dieser Altersgruppe treffen zu können.

Schlussendlich wurden für die Studie insgesamt 16 Personen, davon 13 Frauen und drei Männer, ausgewählt. Das Geschlechterverhältnis zu Gunsten der Frauen lässt sich durch den höheren Anteil an weiblichen Personen wohnhaft im Pflegekrankenhaus erklären. Das Durchschnittsalter der Bewohner und Bewohnerinnen lag zu Anfang der Studie bei 81 Jahren.

4.3 Erhebungsinstrumente

In diesem Kapitel werden die einzelnen Instrumente, welche für die Erhebung der interessierenden Variablen verwendet wurden, vorgestellt. Dabei handelt es sich um den *Mini Mental Status Test (demenzielle Symptomatik)*, den *WHO-five Well-Being Index (subjektives Wohlbefinden)* und die *Depression-im-Alter-Skala (depressive Symptomatik)*. Zudem werden die wichtigsten Aspekte des teilstrukturierten Interviews zum zweiten Erhebungszeitpunkt aufgezeigt und es wird eine Beschreibung der Stimmungsskala gegeben.

4.3.1 Mini Mental Status Test (MMST). Der *Mini Mental Status Test* wurde im Jahr 1990 von Folstein und McHugh entworfen und zählt heute zu den gängigsten Screening-Instrumenten bei der Diagnostik kognitiver Störungen bei älteren Personen, unter anderem der Demenz. Bei dem Verfahren handelt es sich um ein Interview mit 11 Fragen und Handlungsaufgaben, wobei die Bearbeitungsdauer durchschnittlich fünf bis zehn Minuten beträgt. Dabei werden kognitive Aspekte evaluiert, wie zum Beispiel die räumliche und zeitliche Orientierung, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und das Ausführen von Anweisungen. Das Instrument deckt also ein breites Spektrum an kognitiven Fähigkeiten ab, welche bei Vorliegen einer Demenz beeinträchtigt sind (Folstein, Folstein, & McChugh, 1975). Bei einem Score von 27 - 30 Punkten liegt keine demenzielle Symptomatik vor. Ab einem Score von 9 Punkten spricht man von einer schweren Demenz (Treusch, 2009). Die Retest-Reliabilität ist mit einem Wert von $r =$

.89 als sehr gut zu bewerten und die Übereinstimmungsvalidität, verglichen mit dem verbalen IQ der Wechsler Adult Intelligence Scale, beträgt $r = .78$ (Folstein et al., 1975).

4.3.2 WHO-five Well-Being Index (WHO-5). Der *WHO-five Well-Being Index* wurde im Jahre 1998 von der World Health Organisation (WHO) zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens entworfen. Seitdem stellt er das am häufigsten verwendete Verfahren zum Screening des subjektiven Wohlbefindens dar. Es handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren bestehend aus fünf Items, welche sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen. Die Aussagen des Fragebogens werden mittels einer sechs-stufigen Likert-Skala beantwortet, welche von *Die ganze Zeit* (5 Punkte) bis *Zu keinem Zeitpunkt* (0 Punkte) rangiert. Daraus kann ein Summenscore berechnet werden, welcher einen Wert von 0 bis 25 annehmen kann. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, durch das Multiplizieren mit dem Faktor 4 ein Prozentwert zwischen 0 und 100 zu errechnen. Der Fragebogen weist eine hohe Validität auf und konnte bei einem Review, welches 18 Studien analysierte, eine Sensitivität von 0.86 und eine Spezifität von 0.81 bei der Vorhersage einer klinischen Depression erzielen. Als Cutoff-Wert wurde dabei ein Prozentwert von 50 herangezogen (Topp et al. 2015).

4.3.3 Depression-im-Alter-Skala (DIA-S). Die *Depression-im-Alter-Skala* ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches mittels zehn Items im dichotomen Antwortformat im Rahmen eines Screenings Aussagen über das Vorliegen einer depressiven Symptomatik bei älteren Personen liefert. Die Skala umfasst emotionale und psychosomatische Aspekte, kognitive Denkmuster und Fragen zum Antrieb. Eine klinisch relevante Depression liegt bei der positiven Beantwortung von vier der zehn Items, was einem Testscore von 4 entspricht, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vor. Bei einem Score von 0 bis 2 kann von einer normalen Stimmungslage der Person ausgegangen werden. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\alpha = .84$ und die Kriteriumsvalidität wurde mit $r = .73$ berechnet. Außerdem korrelieren die Testergebnisse der DIA-S hoch mit anderen, umfassenderen Instrumenten zur Depressionsdiagnostik im Alter (Heidenblut & Zank, 2010).

4.3.4 Stimmungsskala. In Anlehnung an die in Kapitel 2.3.1 vorgestellte Studie zur Evaluation eines Genuss- und Sinnestrainings (Hölzel, 2008) wurde eine Stimmungsskala entworfen. Diese soll Auskunft über eine akute Stimmungsänderung im Zuge einer einzelnen Genusseinheit einerseits und eine Stimmungsänderung im Laufe der fünf Treffen andererseits geben. Die Skala besteht aus neun Gesichtern, welche von *sehr fröhlich* (1 Punkt) bis *sehr traurig* (9 Punkte) rangieren; ein niedriger

Punktescore steht also für eine gute aktuelle Stimmung. Die Probanden und Probandinnen sollen dabei jenes Gesicht markieren, welches ihrer derzeitigen Stimmung am besten entspricht. Da diese Skala von der Autorin selbst entworfen wurde, können keine Aussagen zur Reliabilität und Validität gemacht werden. Die Stimmungsskala soll jedoch als zusätzliches Mittel dienen, um eine mögliche Veränderung durch das Genusstraining sichtbar machen zu können.

4.3.5 Abschließendes teilstrukturiertes Einzelinterview. Im Rahmen des Posttests wird, ergänzend zu den drei obengenannten psychometrischen Verfahren, ein teilstrukturiertes Interview verwendet, welches einerseits den Fokus auf das Befinden der Bewohner und Bewohnerinnen und andererseits die Bewertung des Genusstrainings beziehungsweise anderen erhaltenen Behandlungsprogrammen legt.

Für die Personen der Interventionsgruppe wurde ein Interview entworfen, welches sich auf drei Themen fokussiert. Zum einen wird das subjektive Wohlbefinden und die psychische Gesundheit zum Zeitpunkt der Befragung erhoben. Dabei soll der Fokus vor allem darauf gelegt werden, ob etwaige Veränderungen in den vergangenen Wochen durch das Programm erzielt werden konnten. Außerdem werden die Personen gebeten, das erhaltene Genusstraining hinsichtlich der Inhalte und der Durchführung zu bewerten. Abschließend wird gefragt, ob es etwaige Verbesserungsvorschläge für zukünftige Behandlungsprogramme von Seiten der Bewohner und Bewohnerinnen gibt.

Die Personen der Kontrollgruppe werden ebenfalls zu ihrem derzeitigen subjektiven Befinden befragt und ob sich dieses in den letzten Wochen verändert hat. Außerdem wird erhoben, ob sie in den vergangenen Wochen ein anderweitiges Behandlungsprogramm erhalten haben. In diesem Fall wird um eine Bewertung dieser Behandlungen gebeten. Falls die Person kein derartiges Programm genossen hat, so wird erfragt, ob der Wunsch nach Behandlungen jeglicher Art vorliegt. Zusätzlich werden Informationen zu den genauen Tätigkeiten beziehungsweise zu den Inhalten, welche in der von ihnen gewünschten Therapie behandelt werden sollten, eingeholt.

Die Antworten auf die jeweiligen Fragen des Interviews wurden festgehalten und von allen Personen zusammengetragen. Dies bildete die Grundlage für die deskriptive Analyse der drei Themenbereiche.

4.4 Ethische Erwägungen

Zu Beginn der Erhebung wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über das Forschungsprojekt informiert und es wurde zusätzlich eine schriftliche

Einverständniserklärung im Zuge der Erstmessung ausgehändigt. Darin wurde sichergestellt, dass die Personen über die Freiwilligkeit der Teilnahme am Genusstraining sowie dessen mögliche Auswirkungen und die Möglichkeit, die Teilnahme an der Studie jederzeit abbrechen zu können, Bescheid wissen. Außerdem wurde darüber informiert, dass die Daten, welche im Zuge der Studie gesammelt werden, ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. Die Testleiterin stand für aufkommende Fragen diesbezüglich zur Verfügung und Unklarheiten hinsichtlich des Studienvorhabens konnten beseitigt werden.

4.5 Prätest

Die Erstmessungen der Probanden und Probandinnen fanden im Zeitraum vom 19. Februar bis 4. März statt. Sobald die Einverständniserklärung unterschrieben wurde, bearbeiteten die Probanden und Probandinnen zunächst den *Mini-Mental-Status-Test* (MMST), gefolgt vom *WHO-five-Well-Being Index* (WHO-5) und der *Depression-im-Alter-Skala* (DIA-S). Der MMST wurde - wie vom Manual vorgesehen - in Interview-Form vorgegeben. Der WHO-5 und die DIA-S wurden trotz ihres Paper-Pencil-Formats ebenfalls mündlich vorgegeben, um Verzerrungen der Beantwortung durch mögliche Missverständnisse oder Schwierigkeiten in der Motorik vorbeugen zu können. Um trotzdem eine reliable Beantwortung des WHO-5 sicherzustellen, wurden die sechs Antwortmöglichkeiten pro Item in Form von Kärtchen vorgelegt. Die Probanden und Probandinnen wurden anschließend gebeten, auf dasjenige Kärtchen zu zeigen, welches am ehesten ihrer Antwort entspricht. Die jeweiligen Antworten wurden von der Testleiterin codiert.

4.6 Zuteilung zu Interventions- und Kontrollgruppe

Um sicherzustellen, dass sich die Personen der Interventionsgruppe nicht systematisch von denjenigen der Kontrollgruppe unterscheiden, wurde im Rahmen der Studie ein Programm entwickelt, welches die Teilnehmer und Teilnehmerinnen durch *Statistisches Matching* auf Basis der Erstmessung in Paare einteilt. Diese Paare sind sich jeweils in den Ergebnissen der drei einzelnen Erhebungsinstrumente sowie dem Alter ähnlich. Ziel davon ist es, dass sich in den beiden Gruppen möglichst ähnliche Personen befinden, um einen optimalen Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe zu ermöglichen.

Im Zuge des optimalen Matchings der Paare wurden die Rohwerte der Probanden und Probandinnen zunächst standardisiert. Dies erfolgt durch das

Dividieren der erzielten Werte durch den höchstmöglichen Wert des jeweiligen Erhebungsinstruments. Daraus ergeben sich die verschiedenen Prozentwerte jeder Person für jeden der drei Tests, welche in Form von dreidimensionalen Vektoren codiert werden.

Da davon ausgegangen wird, dass eine vorliegende demenzielle Symptomatik den größten Einfluss auf das Erleben und die Wirkung des Genusstrainings hat, wird dieser Variable die doppelte Selektionsfähigkeit eingeräumt. Hierfür wurden die Prozentwerte des MMST vor der Codierung in Vektoren mit dem Faktor 2 multipliziert.

Im Anschluss werden die 16 Personen so gepaart, dass die Summe der Vektordistanzen aller Paare minimal ist. Die Personen jedes Paares werden schließlich parallel der Interventions- beziehungsweise der Kontrollgruppe zugeordnet.

Nachdem die Zuteilung zu der jeweiligen Gruppe fixiert war, wurden die Teilnehmer darüber informiert, ob sie an dem Genussprogramm teilnehmen können oder nicht. Den Personen der Interventionsgruppe wurden Flyer ausgehändigt, welche sie über das weitere organisatorische Vorgehen und die Inhalte des Programms informieren. Um den jeweiligen Bewohnern und Bewohnerinnen, welche keine weitere Behandlung im Rahmen dieser Studie erhalten würden, trotzdem dankende Anerkennung für die Teilnahme an den Testungen auszudrücken, wurden kleine Geschenke in Form von Süßigkeiten vergeben.

4.7 Durchführung des Genusstrainings

Aufgrund des höheren Anteils an Frauen im *Haus der Barmherzigkeit* und der zufälligen Zuteilung der Stichprobe zur Interventions- und Kontrollgruppe, war es der Fall, dass alle Personen der Interventionsgruppe weiblich waren. Aus diesem Grund wird im Folgenden ausschließlich die weibliche Form bei der Erwähnung der Personen verwendet.

Die Therapiesitzungen im Ausmaß von fünf Einheiten wurden wöchentlich jeweils eine Stunde abgehalten. Hierfür wurde von den zuständigen Psychologinnen des Pflegekrankenhauses *Haus der Barmherzigkeit* ein Therapieraum zur Verfügung gestellt, der den strukturellen Anforderungen des Genusstrainings nach Koppenhöfer und Lutz (Koppenhöfer, 2016) entspricht.

Um ein aussagekräftiges Ergebnis erzielen zu können, wurde sich darum bemüht, den strukturellen und inhaltlichen Ablauf der einzelnen Sitzungen bestmöglich an das Manual für Genusstrainings nach Lutz und Koppenhöfer anzugleichen (Koppenhöfer, 2016). Zusätzlich wurde besonderes Augenmerk auf die individuellen

Bedürfnisse und Einschränkungen der Klientinnen gelegt, da eine mögliche demenzielle Erkrankung Auswirkungen auf die Art und Weise hat, wie die einzelnen Behandlungssitzungen gestaltet werden sollten. Beispielsweise ist bekannt, dass an Demenz erkrankte Personen einen eingeschränkten Geruchssinn haben (Alves, Petrosyan & Magalhaes, 2014). Dies konnte in der entsprechenden Genusseinheit durch das Ansprechen der anderen Sinne kompensiert werden. Bei der individuellen Gestaltung der Genusssitzungen war es jedoch von größter Wichtigkeit, dass das Krankheitsbild der Bewohnerinnen nicht im Vordergrund steht, sondern lediglich eine theoretische Basis für den Umgang mit den Klientinnen in Zusammenhang mit dem Genustraining bildet (Handler, 2009; Koppenhöfer, 2016). Etwaige Vorkommnisse, die während den einzelnen Sitzungen auftraten, wurden dokumentiert, sodass Abweichungen vom Manual in die finale Analyse der Ergebnisse miteinfließen konnten.

In den fünf Genusseinheiten stand jeweils eine Sinnesmodalität im Fokus. Dafür wurden entsprechende Materialien vorbereitet, wozu die Bewohnerinnen möglichst leicht einen Bezug herstellen können. Dabei handelte es sich beispielsweise um saisonale Materialien wie Frühlingsblumen, frische Blätter und Mandarinen. Außerdem wurde großer Wert darauf gelegt, Materialien, die speziell für Menschen im höheren Alter ansprechend sind, anzubieten. Hierfür eigneten sich zum Beispiel Musik von früher oder der Geruch alter Bücher. Bei der Auswahl der Materialien wurde darauf geachtet, ein breites Spektrum anzubieten, welches anregende Dinge für jede Teilnehmerin beinhaltet.

Neben den fünf wöchentlichen Sitzungen sollte auch gesichert werden, dass Genuss nicht nur in diesen Einheiten, sondern auch im Alltag, beziehungsweise während des Aufenthalts im Pflegekrankenhaus erlebt wurde. Dies sollte durch laufende Erinnerung und Ermutigung durch das Pflegepersonal beziehungsweise die Psychologinnen passieren. Dabei wurde darauf geachtet, dass dieses Gebot zum Genuss nicht als Zwang wahrgenommen wird, sondern als Möglichkeit, sich selbst etwas Gutes zu tun.

4.7.1 Tasten. Die erste Sitzung des Programms fand am 21. März 2019 statt. Diese Genusseinheit wurde mit einer kurzen Vorstellungsrunde gestartet, welche für eine angenehme Atmosphäre und einen offenen Austausch zwischen den Teilnehmerinnen sorgen sollte. Im nächsten Schritt wurden die sieben Genussregeln gemeinsam erarbeitet. Hierfür bekam jede Person ein Kärtchen mit jeweils einer Genussregel, welche sie in der Runde vorstellen sollte. Daran anschließend sollten die Genussregeln gemeinsam interpretiert und diskutiert werden. Die Gruppenleiterin sprang gegebenenfalls ein, wenn Hilfe notwendig war oder Unklarheiten aufkamen. Sobald die Genussregeln besprochen und auf einem Plakat zusammengetragen wurden, begann die eigentlichen Genusseinheit.

Die erste Einheit widmete sich dem Tastsinn. Hierfür wurden entsprechende Materialien vorbereitet, welche den Tastsinn der Teilnehmerinnen anregen sollten. Unter anderem kamen Murmeln, Pinsel, Tücher und Stoffe, Naturmaterialien wie Tannenzapfen und Blätter, Obst, Steine sowie Watte zum Einsatz. In der *einleitenden Einführungsübung* wurden die Personen gebeten, ihre Augen zu schließen. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass dies auf freiwilliger Basis geschieht und niemand dazu gezwungen wird. Außerdem wurde versichert, dass keine Gegenstände, welche verletzend sein könnten, ausgehändigt werden. Anschließend bekam jede Bewohnerin einen Gegenstand, welcher mit geschlossenen Augen möglichst intensiv ertastet werden sollte. Die Gruppenleiterin ermutigte die Teilnehmerinnen dazu, sich während dieser Übung mit den anderen auszutauschen. Nach einer anschließenden Besprechung der Einführungsübung konnten sich die Bewohnerinnen frei mit den zur Verfügung stehenden Materialien beschäftigen. Der Austausch untereinander wurde dabei immer wieder durch die Leiterin angeregt. Außerdem erhielten die Teilnehmerinnen stets Hilfe dabei, zu den unterschiedlichen Materialien zu gelangen. Gegebenenfalls zeigte die Gruppenleiterin kurze Tastabläufe, wie zum Beispiel das Streicheln der Hand mittels Pinsel oder das Zerrupfen eines Wattebauschs, vor. Währenddessen wurde immer wieder Bezug zu den verschiedenen Genussregeln genommen. Das *selbstständige Experimentieren* endete damit, dass sich die Teilnehmerinnen einen Lieblingsgegenstand aussuchten, welcher für die nächste Übung im Vordergrund stehen sollte. Im Zuge der *Vorstellungsübung* erhielten die Personen die Anregung, den von ihnen ausgewählten Gegenstand intensiv zu ertasten und zu erleben. Besonderer Fokus lag darauf, Assoziationen zu anderen Eindrücken zu bilden. Beispielsweise wurden die Personen dazu angeleitet, bestimmte

Erinnerungen, Klänge, Farben oder Orte mit dem zu erspürenden Gegenstand in Verbindung zu bringen. Im Anschluss an diese Übung fand ein intensiver Austausch über die dabei erfahrenen Eindrücke statt. Abschließend wurden die Bewohnerinnen dazu ermutigt, auch außerhalb des Genussprogramms den Tastsinn bewusster wahrzunehmen. Um diesen Transfer in den Alltag zu sichern, sollten die Teilnehmerinnen im Zuge der *Hausübung* bis zur nächsten Einheit Gegenstände finden, die den Tastsinn der jeweiligen Person positiv ansprechen.

4.7.2 Hören. Zu Beginn der zweiten Sitzung wurden die Bewohnerinnen gebeten, sich die vergangene Genusseinheit zum Thema *Tasten* nochmals in Erinnerung zu rufen. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, ob sich seitdem etwas in ihrem Alltag in Bezug auf das Tasten und Genießen verändert hat. Einige Teilnehmerinnen erzählten von bestimmten Gegenständen in ihrem Zimmer, welche sie bei bewusstem Ertasten als sehr angenehm empfunden haben, wie zum Beispiel ein Wollknäuel oder eine warme Dusche. Dabei kamen die Bewohnerinnen zu der Erkenntnis, dass diese zuvor kaum als angenehm wahrgenommen wurden.

Als Einstieg in die aktuelle Einheit wurden die sieben Genussregeln nochmals kurz angesprochen, um diese beim weiteren Verlauf der Sitzung wieder präsent zu machen. Danach widmete sich die Gruppe den mitgebrachten Materialien. Darunter waren geräuschvolle Alltagsgegenstände, wie zum Beispiel Schachteln gefüllt mit Murmeln beziehungsweise Perlen, knisterndes Papier und Plastiksackerl, eine raschelnde Zeitung und ein klirrendes Weinglas. Außerdem kamen einfache Musikinstrumente wie Klanghölzer, Rasseln, Schellen, eine kleine Harfe und eine Klangschale zum Einsatz.

Im Zuge der *Einführungsübung* wurden die Bewohnerinnen gebeten, die Augen zu schließen und sich bewusst auf den nun folgenden Klang zu konzentrieren. Anschließend erzeugte die Gruppenleiterin einen angenehm hallenden Ton durch das Reiben mit dem Finger an einem mit Wasser gefüllten Weinglas. Nach dieser Übung wurde intensiv über das Wahrnehmen dieses Klangs diskutiert.

Das *Selbstständige Experimentieren* wurde in zwei Teile geteilt. Zunächst durften die Teilnehmerinnen die vorbereiteten Materialien selbst ausprobieren und somit unterschiedliche Klänge und Geräusche produzieren. Gegebenenfalls zeigte die Gruppenleiterin vor, wie bestimmte Gegenstände zu benutzen sind. Im zweiten Teil wurden unterschiedliche Lieder mittels CD-Spieler vorgespielt. Darunter waren klassische Lieder, Entspannungsmusik und alte bekannte Lieder, wozu die

Bewohnerinnen schnell einen Bezug herstellen konnten. Diese Lieder regten sogar zum Mitsingen und Mitschunkeln an, weswegen diesem Teil spontan mehr Zeit eingeräumt wurde. Die geplante *Vorstellungsübung* kam aus zeitlichen Gründen nicht mehr zum Einsatz.

Am Schluss der Einheit wurden die Teilnehmerinnen dazu angeregt, im Alltag bewusster auf angenehme Geräusche, wie zum Beispiel das Zwitschern der Vögel zu achten und eventuell auch einen *Hörspaziergang* zu machen. Außerdem galt das Angebot, geräuschvolle Gegenstände oder eigene CDs in die kommende Sitzung mitzunehmen, um diese Eindrücke mit den anderen Bewohnerinnen teilen zu können.

4.7.3 Sehen. In der dritten Sitzung wurden die Bewohnerinnen zunächst an die vergangene Einheit erinnert und gebeten, von etwaigen Erlebnissen der letzten Tage zu berichten, in denen das genussvolle Hören im Vordergrund stand. Einige erwähnten dabei das Zwitschern der Vögel bei offenem Fenster. Außerdem erzählten viele davon, im Radio oder im Fernsehen vermehrt auf angenehme Geräusche und Musik zu achten und diese zu genießen.

Für den thematischen Einstieg in die Genusseinheit zum Sehen wurde den Bewohnerinnen jeweils ein Gegenstand zugeteilt. Der Auftrag dabei war es, sich diesen Gegenstand intensiv anzusehen und die verschiedenen Eigenschaften dessen wahrzunehmen. Im Anschluss daran wurden die Teilnehmerinnen der Reihe nach gebeten, ihren Gegenstand zu beschreiben und dabei einzelne Details hervorzuheben. Außerdem stellte die Gruppenleiterin hin und wieder Bezug zu Emotionen beziehungsweise speziellen Erinnerungen her, welche diese Eigenschaften auslösen könnten. Das Ziel dieser Einführungsübung war es, dass die Bewohnerinnen Übung darin bekommen, bestimmte optische Eigenschaften besser zu erkennen und sich auf das fokussierte Ansehen von Dingen einzulassen.

Nach dieser Übung bekamen die Teilnehmerinnen im Rahmen des *Selbstständigen Experimentierens* die Möglichkeit, das breite Angebot an mitgebrachten Gegenständen und Materialien zu erkunden. Darunter waren unter anderem bunte Tücher, Mandalas, Murmeln, Steine, ein Kaleidoskop, glitzernder Schmuck, Landschaftsfotos, Blätter und Blumen. Die Gruppenleiterin half den Bewohnerinnen dabei, sich Zugang zu den bestimmten Materialien zu beschaffen und einzelne Facetten dieser Gegenstände wahrzunehmen. Der Austausch untereinander wurde dabei ebenfalls angeregt.

Nachdem die Bewohnerinnen die verschiedensten Materialien angesehen hatten, sollten sie sich denjenigen Gegenstand aussuchen, welcher ihnen am besten gefallen hat. In der *Vorstellungsübung* wurden sie dazu angeregt, bestimmte Ereignisse, Reize oder Emotionen mit diesem Gegenstand zu assoziieren. Dabei aufkommende Gedanken konnten gerne mit den anderen Teilnehmerinnen geteilt werden.

Zum Abschluss der Genusseinheit bekamen die Bewohnerinnen die Hausübung, in den kommenden Tagen vermehrt auf optische Reize in der Umgebung zu achten, welche eventuell genussbringend sein könnten. Dabei wurde vorgeschlagen, eventuell einen kleinen Spaziergang zu machen, um die verschiedenen Facetten des Frühlings genauer beobachten zu können. Außerdem konnten die Teilnehmerinnen Gegenstände, die ihnen im Alltag besonders gut gefallen, in die nächste Einheit mitnehmen, um sie den anderen zeigen zu können.

4.7.4 Schmecken. Zu Anfang der vierten Einheit sollte die vergangene Genusseinheit zum Thema *Sehen* nochmals in Erinnerung gerufen werden. Hierfür wurden die Bewohnerinnen gefragt, ob sie in den vergangenen Tagen vermehrt darauf geachtet haben, Genuss beim Ansehen verschiedener Dinge im Alltag zu empfinden. Dabei berichteten einige von den Frühlingsblumen, die zu dieser Jahreszeit vermehrt zu finden sind.

Um die Bewohnerinnen auf die gegenwärtige Genusseinheit einzustimmen, kam eine erneute ausführliche Besprechung der Genussregeln zum Einsatz, wobei vorrangig ein Bezug zum Schmecken hergestellt wurde. Die beiden Genussregeln *Jedem das Seine - Genuss ist Geschmackssache* und *Genuss geht nicht nebenbei* bekamen in Bezug auf das Schmecken besondere Bedeutung seitens der Teilnehmerinnen.

Für die *Einführungsübung* in das Thema Schmecken wurde die sogenannte Rosinenübung durchgeführt. Dabei bekamen die Bewohnerinnen jeweils eine Rosine, welche sie zunächst langsam mit dem Mund ertasten sollten. Im nächsten Schritt sollte die Rosine im Mund hin und her bewegt werden, ohne diese zu zerkauen. Die taktilen Eigenschaften sollten dabei im Vordergrund stehen. Zuletzt durften die Bewohnerinnen in die Rosine beißen und den süßen Geschmack wahrnehmen. Langsames und gründliches Zerkauen sollte den süßen Eindruck verstärken und wiederum die Genussregel *Genuss braucht Zeit* hervorheben.

Im Anschluss an die Rosinenübung durften die Bewohnerinnen die mitgebrachten Lebensmittel kosten. Das Angebot umfasste süße (z.B. Obst und Schokolade), saure (z.B. Essiggurken und saure Süßigkeiten), salzige (z.B. Erdnüsse und Käse) und bittere (z.B. dunkle Schokolade und Mandeln) Nahrungsmittel. Bei der Auswahl der Lebensmittel wurde auch darauf geachtet, verschiedene Konsistenzen, wie zum Beispiel saftig, knusprig, weich und rau, anzubieten. Während des *Selbstständigen Experimentierens* wurden die Teilnehmerinnen dazu angeregt, verschiedene Geschmackskombinationen auszuprobieren beziehungsweise auf die unterschiedlichen taktilen Eindrücke der Nahrungsmittel zu achten.

Um einen Bezug zum Alltag herzustellen wurden die Teilnehmerinnen auch nach ihren Lieblingsspeisen beziehungsweise nach Lebensmitteln, die sie nicht mögen, gefragt. Die Genussregel *Jedem das Seine – Genuss ist Geschmackssache* war dabei sehr präsent. Auch gab es viele Erzählungen seitens der Bewohnerinnen von Lebensmitteln und Speisen aus der Kindheit beziehungsweise von früher. Erinnerungen spielten also beim Schmecken eine große Rolle.

4.7.5 Riechen. Die letzte Einheit begann, indem die Bewohnerinnen nochmals an die Einheit, welche sich mit dem Schmecken beschäftigte, erinnert wurden. Dabei kam die Frage auf, ob sie in den vergangenen Tagen bewusst auf die Wahrnehmung der einzelnen Mahlzeiten beziehungsweise Lebensmittel geachtet und somit Genuss erfahren haben. Die Teilnehmerinnen berichteten, dass vor allem das tägliche Frühstück als sehr genussvoll erlebt wurde. Außerdem hoben sie bestimmte Speisen hervor, welche eine Verbindung zur Osterzeit aufweisen und somit auch starke Assoziationen mit Erinnerungen an frühere Osterfeste ermöglichen.

Um thematisch in die Genusseinheit, welche sich mit dem Riechsinn beschäftigte, einzusteigen, reichten die Bewohnerinnen im Zuge der *Einführungsübung* kleine Schälchen gefüllt mit Kaffeebohnen in der Runde weiter. Dabei sollten sie sich bewusst auf diesen Geruch einlassen und die verschiedenen Nuancen wahrnehmen. Da der Kaffeeduft ein sehr Vertrauter ist, fiel es den Teilnehmerinnen offensichtlich sehr leicht, sich auf diese Übung einzulassen. Außerdem stellte dieser Duft die Grundlage für weitere Gespräche und Diskussionen zum Thema Riechen dar.

Im nächsten Schritt hatten die Bewohnerinnen die Möglichkeit, die vorbereiteten Düfte selbstständig zu erproben und diese weiterzureichen. Das Angebot reichte von natürlichen Düften, wie zum Beispiel Gewürze, Obst und Honig, bis hin zu künstlichen

Duftstoffen, wie Duftölen, Aromen, Duftkerzen und Räucherstäbchen. Während des *Selbstständigen Experimentierens* wurden die Teilnehmerinnen darauf hingewiesen, dass es - ganz im Sinne der Genussregel *Weniger ist mehr* - auch wichtig ist, hin und wieder Pausen zu machen und der Nase eine Erholungsphase zu gönnen. Außerdem wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der Duft von Kaffeebohnen geruchsneutralisierend wirkt und neben Pausen eine gute Möglichkeit darstellt, um die folgenden Gerüche wieder intensiver wahrnehmen zu können.

Nachdem die Bewohnerinnen die mitgebrachten Düfte kennengelernt haben, durften sie sich einen Duft aus dem Angebot aussuchen, welcher in der darauffolgenden *Vorstellungsübung* intensiv zum Einsatz kommen sollte. Dabei wurden die Teilnehmerinnen gebeten, sich bewusst auf ihren ausgewählten Duft einzulassen und diesen in allen Facetten wahrzunehmen. Dabei sollte der Duftstoff einmal näher und einmal weiter weg geführt werden, um feststellen zu können, ab wann der Duft wahrgenommen werden kann. Außerdem sollten bestimmte Assoziationen mit dem Duftstoff hervorgerufen werden, wie zum Beispiel ein warmer Frühlingstag beim Geruch von frischen Blumen, oder die Vorweihnachtszeit beim Riechen von Gewürznelken.

Da dies die letzte Einheit darstellte, erhielten die Bewohnerinnen abschließend nochmals die Ermutigung, auch außerhalb dieser Genussstunden zu versuchen, bewusster wahrzunehmen und zu genießen. Außerdem wurde ihnen ein großer Dank für die Teilnahme und die aktive Mitarbeit während der einzelnen Einheiten ausgesprochen.

4.8 Posttest

Analog zur ersten Messung bearbeiteten die Bewohner und Bewohnerinnen beider Gruppen wiederum die drei Instrumente zur Erfassung der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik. Anschließend kam ein kurzes teilstrukturiertes Interview zum Einsatz. Die Personen der Interventionsgruppe wurden dabei nach der individuellen Bewertung des Genussstrainings, sowie Verbesserungsvorschlägen diesbezüglich gefragt. Die Bewohner und Bewohnerinnen, welche sich in der Kontrollgruppe befanden, wurden gefragt, ob und welche Behandlungen sie in den vergangenen Wochen erhalten haben und ob sie Bedarf an weiteren Therapieformen haben. Zusätzlich dazu wurden alle Personen zu ihrem derzeitigen Befinden sowie etwaigen Veränderungen

diesbezüglich befragt. Die Antworten der Bewohner und Bewohnerinnen im Zuge des Interviews wurden stichpunktartig festgehalten.

Eine Person der Interventionsgruppe konnte zum Zeitpunkt der zweiten Messung nicht mehr kontaktiert werden, da sie zu dieser Zeit nicht mehr im Pflegekrankenhaus wohnhaft war. Die statistische Analyse der Posttestung sowie die explorative Analyse des teilstrukturierten Interviews konnte daher nur mit 15 Personen durchgeführt werden.

4.9 Explorative- und statistische Analyse

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mittels der Software SPSS Statistics. Im ersten Schritt wurden die Ergebnisse des ersten Messzeitpunkts deskriptiv analysiert. Der Fokus lag dabei auf den interessierenden psychologischen Variablen der demenziellen und der depressiven Symptomatik sowie dem Wohlbefinden der Probanden und Probandinnen. Um eine bessere Interpretierbarkeit der Variablen zu erhalten, wurden die Werte der DIA-S umgepolt, sodass ein hoher Wert analog zu den beiden anderen Variablen für ein besseres Ergebnis und somit eine geringer ausgeprägte depressive Symptomatik steht. Außerdem wurden sowohl das Alter als auch das Geschlecht in die Deskriptivanalyse miteinbezogen.

Im Zuge der statistischen Analyse wurden die Ergebnisse des Prätests der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe miteinander verglichen. Somit konnten etwaige Baseline-Unterschiede zwischen den beiden Gruppen eruiert werden. Zwar sollten systematisch Unterschiede ohnehin durch das *statistische Matching* verhindert worden sein, eine Kontrolle diesbezüglich erschien jedoch trotzdem notwendig. Diese wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests erzielt. Dabei handelt es sich um ein nicht-parametrisches Verfahren, welches die Mediane zweier unabhängiger Stichproben vergleicht. Der parametrische t-Test für unabhängige Stichproben wurde in diesem Fall nicht verwendet, da die vorliegende Stichprobe zu klein war und eine Normalverteilung dadurch nicht realistisch erschien (Universität Zürich, 2018).

In einem weiteren Schritt wurde die Veränderung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe analysiert. Hierfür wurde der Wilcoxon-Test herangezogen, welcher eine nicht-parametrische Alternative zum t-Test für abhängige Stichproben darstellt. Diese Berechnung diente der Beantwortung der Hypothesen 1a bis 3a, welche sich auf die Veränderung der Personen, welche der Interventionsgruppe angehören, beziehen.

Für die Beantwortung der Hypothesen 1b bis 3b wurde wiederum der Mann-Whitney-U-Test herangezogen. Bei dieser Berechnung können mögliche Unterschiede der einzelnen Variablen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt festgestellt werden. Für den Fall, dass sich die beiden Gruppen bereits vor dem Genusstraining unterschieden hätten, wäre auf eine Kovarianzanalyse ausgewichen worden. Die Erhebungsdaten des ersten Messzeitpunkts hätten dabei als Kovariate fungiert. Der Zwischen-Subjekt-Faktor wäre definiert als *Interventions- vs. Kontrollgruppe* und die abhängigen Variablen wären das subjektive Wohlbefinden, die depressive und die demenzielle Symptomatik.

Für die Einzelinterviews, welche am Ende des Genusstrainings mit den Probanden und Probandinnen durchgeführt wurden, erfolgte eine systematische Auswertung der einzelnen Themenbereiche. Daraus konnte eine explorative Analyse der Fragen nach dem subjektiven Befinden zum gegenwärtigen Zeitpunkt und möglichen Veränderungen diesbezüglich, nach der Bewertung des Genusstrainings und nach Verbesserungsvorschlägen für zukünftige Behandlungsprogramme, durchgeführt werden. Außerdem gaben die Inhalte der Interviews Aufschluss darüber, ob die Bewohner und Bewohnerinnen parallel an anderen Programmen teilgenommen haben. Diese Information konnte dafür genutzt werden, die Ergebnisse der zweiten Erhebung besser interpretieren zu können. Der generelle Wunsch nach Behandlungsprogrammen an einem Pflegekrankenhaus und deren Inhalte konnte ebenfalls daraus erschlossen werden.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie werden im folgenden Kapitel sowohl deskriptiv als auch tabellarisch und grafisch dargestellt. Nach einer kurzen Beschreibung der vorliegenden Stichprobe werden die statistischen sowie explorativen Resultate vorgestellt.

5.1 Deskriptivstatistik

Im Folgenden werden die Eckdaten der vorliegenden Stichprobe präsentiert. Dabei handelt es sich um das Alter der Probanden und Probandinnen sowie deren psychometrische Parameter. Zudem werden die Werte der erhobenen aktuellen Stimmung zu Anfang und am Ende jeder Genusseinheit dargestellt.

5.1.1 Erster Messzeitpunkt. Im Zuge der vorliegenden Studie wurden Daten von insgesamt 16 Bewohner und Bewohnerinnen des Pflegekrankenhauses *Haus der*

Barmherzigkeit erhoben. In Tabelle 1 sind die mittleren Werte der interessierenden Variablen zum ersten Messzeitpunkt sowie deren Standardabweichungen ablesbar. Die Tabelle umfasst die drei psychologischen Parameter *demenzielle Symptomatik*, *Wohlbefinden* und *depressive Symptomatik*, welche mit den Erhebungsinstrumenten *Mini Mental Statust Test (MMST)*, *WHO-five Well-Being Index (WHO-5)* und der *Depression-Im-Alter-Skala (DIA-S)* erhoben wurden. Für eine bessere Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurde der Wert der DIA-S umgepolt, sodass ein hoher Wert, analog zu den beiden anderen Variablen, für ein wünschenswertes Ergebnis steht, also eine schwach ausgeprägte depressive Symptomatik. Außerdem wird das mittlere Alter der Probanden und Probandinnen zu diesem Zeitpunkt angegeben.

Im Mittel lag das Alter der vorliegenden Stichprobe bei rund 81 Jahren, wobei dieses mit einer Standardabweichung von 10.2 Jahren sehr breit streut. Die älteste teilnehmende Person hatte zum ersten Messzeitpunkt ein Alter von 93 Jahren. Das mittlere Ergebnis des MMST, welcher die demenzielle Symptomatik der Probanden und Probandinnen erfassen soll, lag bei 22.38 Punkten, was bei einer maximalen Punktezah von 30 bereits einer leichtgradigen Demenz entspricht. Ebenso wiesen die Bewohner und Bewohnerinnen im Mittel ein Risiko für eine depressive Erkrankung auf, wobei der Mittelwert nur um 0.06 Punkte von einer bereits klinisch relevanten Depression im Alter entfernt ist.

Tabelle 1

Werte der demenziellen Symptomatik (MMST), des Wohlbefindens (WHO-5) und der depressiven Symptomatik (DIA-S) sowie das mittlere Alter zum ersten Messzeitpunkt (n = 16)

Variablen	<i>M</i>	<i>SD</i>
Demenzielle Symptomatik	22.38	4.82
Wohlbefinden	14.25	6.84
Depressive Symptomatik	6.06	2.35
Alter	81.06	10.20

Anmerkung. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung.

5.1.2 Aktuelle Stimmung. In Tabelle 2 wird die Deskriptivstatistik der aktuellen Stimmung dargestellt. Im Mittel hat sich die aktuelle Stimmung der Probandinnen im Verlauf eines Treffens um 1.13 Punkte verändert. Bei dem Erhebungsinstrument handelte es sich um eine neunstufige Skala, wobei ein geringer Wert für eine positive Stimmung steht. Ein geringerer Mittelwert am Ende der Einheit deutet somit auf eine Stimmungsverbesserung im Laufe der Stunde hin. Die Standardabweichung der angegebenen aktuellen Stimmung am Ende jeder Einheit fällt mit 0.72 geringer aus, als jene der Stimmung am Anfang der Genusseinheit.

Tabelle 2

Werte der aktuellen Stimmung der Interventionsgruppe am Anfang und am Ende der Genusseinheiten (n = 8)

Variablen	<i>M</i>	<i>SD</i>
Aktuelle Stimmung Anfang	3.59	1.08
Aktuelle Stimmung Ende	2.46	0.72

Anmerkung. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung.

5.2 Statistische Analyse

Im Zuge der statistischen Analyse wurden die beiden Gruppen bezüglich der psychologischen Parameter zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt verglichen. Außerdem wurden die Veränderungen der Interventionsgruppe durch das Genusstraining analysiert. Die resultierenden Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

5.2.1 Vergleich der Gruppen zum ersten Messzeitpunkt. Um überprüfen zu können, ob sich die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe nach der Zuteilung, basierend auf den Ergebnissen des Prätests, voneinander unterscheiden, wurden die drei Parameterverteilungen beider Gruppen miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft. Tabelle 3 gibt sowohl die Mittleren Ränge, als auch die Rangsummen beider Gruppen für die interessierenden Variablen an. Zusätzlich wird der *p*-Wert als Marker für einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe angeführt.

Tabelle 3

Vergleich beider Gruppen nach dem Statistischen Matching bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik (Mann-Whitney-U-Test)

Variablen	<u>Interventionsgruppe</u>		<u>Kontrollgruppe</u>				
	<i>n</i> = 8		<i>n</i> = 8				
	MR	RS	MR	RS	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>z</i>
Demenzielle Symptomatik	8.75	70.00	8.25	66.00	30.0	.833	-0.21
Wohlbefinden	8.19	65.50	8.81	70.50	29.5	.791	-0.27
Depressive Symptomatik	9.25	74.00	7.75	62.00	26.0	.520	-0.64

Anmerkungen. Asymptotische Signifikanz. MR = Mittlerer Rang. RS = Rangsumme.

Es zeigt sich, dass sich sowohl die demenzielle Symptomatik, als auch das Wohlbefinden der beiden Gruppen kaum voneinander unterschieden. Die depressive Symptomatik war in der Kontrollgruppe leicht erhöht, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant. Es kann also davon ausgegangen werden, dass durch die Zuteilung der Probanden und Probandinnen zur Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe keine systematischen Verzerrungen in der weiteren Analyse zustande kommen. Unterschiede, welche beim Vergleich der beiden Gruppen zum zweiten Zeitpunkt aufgedeckt werden, können also auf die Teilnahme der Interventionsgruppe am Genusstraining zurückgeführt werden.

5.2.2 Veränderung der Interventionsgruppe. Um die Effekte des Genusstrainings innerhalb der Interventionsgruppe analysieren zu können, wurde der Wilcoxon-Test verwendet. Die resultierenden Ergebnisse sind aus Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4

Vergleich der Interventionsgruppe zum ersten ($n = 8$) und zweiten ($n = 7$) Messzeitpunkt bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik (Wilcoxon-Test)

Variablen	Negative Ränge			Positive Ränge			p	z
	Nn	MR	RS	Np	MR	RS		
Demenzielle Symptomatik	3	2.50	7.50	3	4.50	13.50	.518	-0.65
Wohlbefinden	2	4.00	8.00	5	4.00	20.00	.309	-1.02
Depressive Symptomatik	3	3.83	11.50	4	4.13	16.50	.666	-0.43

Anmerkung. Asymptotische Signifikanz. MR = Mittlerer Rang. RS = Rangsumme. Nn = Anzahl negativer Ränge. Np = Anzahl positiver Ränge.

Die depressive sowie die demenzielle Symptomatik unterschieden sich kaum zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt. In Bezug auf die Demenz erreichte die Hälfte der Personen nach der Teilnahme an der Behandlung ein besseres Ergebnis und die andere Hälfte ein schlechteres Ergebnis, als zum Zeitpunkt vor der Intervention. Die depressive Symptomatik verbesserte sich in diesem Zeitraum in vier Fällen, während sie sich in drei Fällen verschlechterte. Größere Unterschiede konnten im Wohlbefinden der Testpersonen erzielt werden, wobei fünf der sieben Probandinnen ein besseres Ergebnis erzielten, als zum ersten Messzeitpunkt. Dieser Effekt erreichte jedoch keine Signifikanz, $p = .307$.

Die Veränderung der aktuellen Stimmung im Zuge einer Genusseinheit, welche am Anfang und am Ende jedes Treffens erhoben wurde, wird in Tabelle 5 dargestellt. Über alle Stunden hinweg konnte die aktuelle Stimmung im Mittel bei sieben der acht Teilnehmerinnen im Verlauf einer Genusseinheit verbessert werden. Nur eine Person erzielte schlechtere Werte bei der abschließenden Bewertung der Stimmung im Vergleich zur Anfänglichen. Die Rangsummen der negativen und positiven Ränge unterscheiden sich um 33.0 signifikant voneinander, $p = .021$. Die daraus berechnete Effektstärke nach Cohen entspricht einem starken Effekt, $d = .82$.

Tabelle 5

Vergleich der aktuellen Stimmung der Interventionsgruppe ($n = 8$) am Anfang und am Ende der Genusseinheiten (Wilcoxon-Test)

Variable	<u>Negative Ränge</u>			<u>Positive Ränge</u>			p	z
	Nn	MR	RS	Np	MR	RS		
Aktuelle Stimmung	7	4.93	34.50	1	1.50	1.50	.021	-2.31

Anmerkung. Asymptotische Signifikanz. MR = Mittlerer Rang. RS = Rangsumme. Nn = Anzahl negativer Ränge. Np = Anzahl positiver Ränge.

In Abbildung 2 wird der direkte Vergleich der mittleren Stimmung der Teilnehmerinnen am Anfang und am Ende jeder Einheit dargestellt. Es zeigt sich, dass die Werte, welche am Ende jeder Genusseinheit erhoben wurden, konstant unter den Werten der anfänglichen Stimmung liegen. Ein geringerer Wert steht dabei für eine bessere aktuelle Stimmung. Über alle Einheiten hinweg konnte das stündliche Behandlungsprogramm also eine messbare Stimmungsverbesserung hervorrufen. Die transparenten Bereiche geben die jeweilige Standardabweichung der verschiedenen Stimmungsscores an.

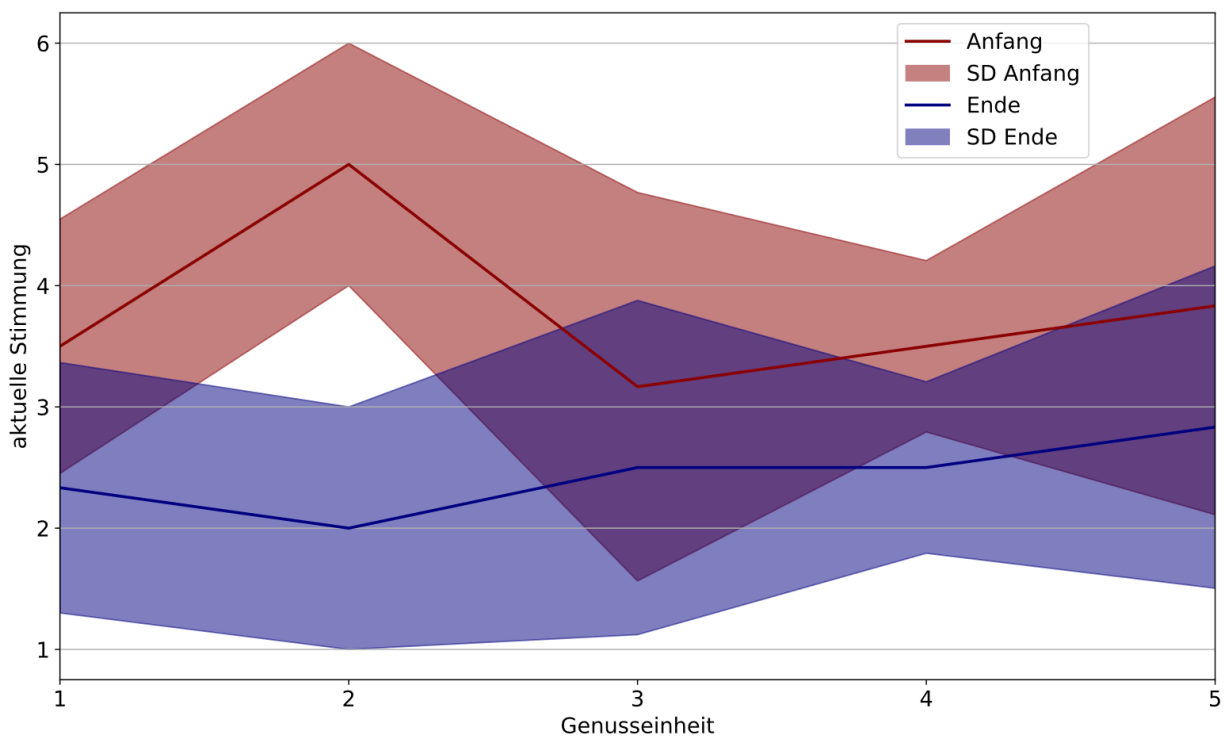


Abbildung 2: Vergleich der mittleren Stimmung der Interventionsgruppe ($n = 8$) am Anfang und am Ende jeder Genusseinheit

5.2.3 Vergleich der Gruppen zum zweiten Zeitpunkt. Da die Voranalyse bezüglich der Zuteilung zur Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in den drei interessierenden Variablen der psychischen Gesundheit geliefert hat, wurde für die Unterschiedsanalyse zum Zeitpunkt der zweiten Messung wiederum der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Eine Kovarianzanalyse, welche derartige Baseline-Unterschiede als Kovariaten in die statistische Analyse miteinbezieht, war in diesem Fall also nicht notwendig.

Wie in Tabelle 6 ersichtlich ist, unterschieden sich diejenigen Personen, welche an dem Genusstraining teilnahmen, nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Zu beachten ist jedoch, dass der mittlere Rang der Interventionsgruppe bezüglich der demenziellen Symptomatik mehr als zwei Ränge über dem mittleren Rang der Kontrollgruppe liegt. Die Interventionsgruppe hatte also im Mittel eine geringer ausgeprägte demenzielle Symptomatik als die Kontrollgruppe, $p = .268$.

Dem entgegengesetzt zeigt sich sowohl beim Wohlbefinden, als auch bei der depressiven Symptomatik ein höherer mittlerer Rang der Kontrollgruppe. Der Unterschied im mittleren Rang von 2.68 im Wohlbefinden entspricht in etwa der Größe jenes Unterschieds bezüglich der demenziellen Symptomatik. Mit 1.20 fiel der Gruppenunterschied im mittleren Rang bei der depressiven Symptomatik geringer aus. Die beiden Effekte erreichten jedoch wiederum keine Signifikanz, $p = .244$ (Wohlbefinden), $p = .593$ (Depressive Symptomatik).

Tabelle 6

Vergleich beider Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik (Mann-Whitney-U-Test)

Variablen	<u>Interventionsgruppe</u>		<u>Kontrollgruppe</u>				
	<i>n</i> = 7		<i>n</i> = 8				
	MR	RS	MR	RS	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>z</i>
Demenzielle Symptomatik	9.36	65.50	6.81	54.50	18.5	.268	-1.11
Wohlbefinden	6.57	46.00	9.25	74.00	18.0	.244	-1.17
Depressive Symptomatik	7.36	51.50	8.56	68.50	23.5	.593	-0.53

Anmerkungen. U Asymptotische Signifikanz. MR = Mittlerer Rang. RS = Rangsumme.

5.3 Explorative Analyse

Die teilstrukturierten Interviews, welche in Anschluss an die Erhebung der psychologischen Parameter zum zweiten Messzeitpunkt geführt wurden, dienten als Grundlage für die folgende explorative Analyse. Dabei wurden das derzeitige Befinden, die Bewertung des Genusstrainings und Verbesserungsvorschläge diesbezüglich, sowie die Teilnahme an anderen Behandlungsprogrammen beziehungsweise der Bedarf daran erhoben.

5.3.1 Derzeitiges Befinden. Sowohl die Personen der Interventionsgruppe als auch jene der Kontrollgruppe wurden nach ihrem derzeitigen Befinden gefragt. Auffällig dabei war, dass der Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen bei dieser Frage starken Fokus auf ihre Schmerzen gelegt haben. Chronische und akute Schmerzen waren dabei in etwa gleich häufig vertreten. Erst bei weiterer Nachfrage konnte die Aufmerksamkeit der Interviewten auf das psychische Befinden beziehungsweise die aktuelle Stimmung gelenkt werden. In diesem Zusammenhang war eine akzeptierende, aber auch resignierende Einstellung unter den Bewohnern und Bewohnerinnen verbreitet. Aussagen wie zum Beispiel „Ich muss zufrieden sein“ oder „Es ist wie’s ist“ wurden oft getätigt.

Bezüglich der ständigen Schmerzen, mit denen die Personen größtenteils konfrontiert waren, wurde außerdem oft erwähnt, dass jegliche Beschäftigung beziehungsweise Ablenkung diese Schmerzen reduzieren kann. Überdies wurde der alltägliche Kontakt zu den anderen Bewohnern und Bewohnerinnen sehr geschätzt, welcher ebenso zum „Vergessen der Schmerzen“ beitrage.

Ein ebenso präsentes Thema war der große Wunsch nach Selbstständigkeit im Alltag der Personen. Viele gaben an, dass es ihnen besser ginge, wenn sie beispielsweise alleine Gehen, selbstständig ihre Mahlzeiten zu sich nehmen, oder die tägliche Körperpflege ohne Hilfe meistern könnten.

Die Frage, ob sich das Befinden, ob körperlich oder seelisch, in den letzten Wochen verändert hätte, wurde durchgehend negiert. Veränderungen diesbezüglich wären – wenn überhaupt – eher langfristig aufgetreten. Auch bei der Analyse der Antworten der Interventions- beziehungsweise der Kontrollgruppe konnten keine Unterschiede im derzeitigen Befinden aufgedeckt werden.

5.3.2 Bewertung des Genusstrainings. Jene Bewohnerinnen, welche das Genustraining absolviert hatten, wurden im Rahmen des Interviews gebeten, dieses zu bewerten. Dabei konnte eine durchwegs positive Rückmeldung eingeholt werden.

Oftmals wurde hervorgehoben, dass sich ein solches Genusstraining sehr von anderen Behandlungen, welche im Haus der Barmherzigkeit angeboten werden, abhebt. Die Bewohnerinnen meinten, dass sie sehr viel Neues dazu gelernt hätten, was durch den unterschiedlichen thematischen Fokus der einzelnen Genusseinheiten verstärkt wurde. Außerdem hätte der stets lebhafte Austausch mit den anderen Teilnehmerinnen dazu beigetragen, persönliche Erfahrungen bezüglich des Genießens miteinander teilen und somit andere Perspektiven kennen lernen zu können.

Neben den inhaltlichen Aspekten wurde außerdem positiv angemerkt, dass während der Genusseinheiten ein sehr angenehmes Klima geherrscht hätte und das gesellige Miteinander eine willkommene Abwechslung zum sonstigen Alltag dargestellt hätte. Das geschlossene Gruppensetting und der daraus folgende regelmäßige Kontakt zu denselben Bewohnerinnen habe dies noch intensivieren können. Durch die im Genusstraining behandelten Inhalte wäre außerdem der Austausch sehr persönlicher Themen, wie zum Beispiel die individuellen Vorlieben oder spezielle Kindheitserinnerungen, gefördert worden.

Als negativ wurde einige Male angeführt, dass die Übung zum Selbstständigen Experimentieren mit den Materialien etwas chaotisch empfunden worden wäre, da man schnell den Überblick darüber verliere, welche Gegenstände schon erprobt wurden und welche nicht. Ein Verbesserungsvorschlag diesbezüglich war es, die Materialien - ähnlich wie bei der Einführungsübung - im Kreis weiterzureichen. Dies würde auch den gegenseitigen Austausch über die jeweiligen Gegenstände erleichtern.

Einige Personen haben außerdem angemerkt, dass sie hin und wieder Schwierigkeiten dabei gehabt hätten, durch bestimmte Materialien Genuss empfinden zu können. Vor allem die Einheit zum Sehen wurde dabei hervorgehoben. Durch das Schmecken und Riechen Genuss hervorrufen zu können, falle ihnen leichter, da sie dies im Alltag eher gewohnt seien.

5.3.3 Anderweitige Behandlungen. Die Personen der Kontrollgruppe sowie jene der Interventionsgruppe wurden weiters dazu befragt, ob sie sonstige Behandlungen in den letzten Wochen erfahren haben und um welche es sich dabei gehandelt hat. Nur wenige Personen gaben an, kein Behandlungsprogramm erhalten zu haben. Wenn dies der Fall war, berichteten sie, dass dies auch so gewünscht sei und sie keinen Bedarf an Behandlungen hätten. Gründe hierfür waren beispielsweise,

dass sie lieber Zeit für sich hätten oder die behandelten Inhalte nicht ihrem Interesse entsprechen würden.

Der Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen erzählte, ein breites Spektrum an Behandlungen wahrzunehmen. Dieses reichte von Ergo- und Physiotherapien, wie zum Beispiel Gehübungen, spezielle Massageformen und Ausdauertrainings, bis hin zu Bastel-, Mal- und Singstunden. Sehr beliebt schienen diejenigen Stunden zu sein, in denen der hauseigene Kindergarten besucht wird oder die Möglichkeit besteht, Bauernhof- und Haustiere streicheln zu können.

Generell wurde die große Bandbreite der am *Haus der Barmherzigkeit* zur Verfügung stehenden Behandlungen sehr zu schätzen gewusst und mit Freude angenommen. Von einigen Bewohnern und Bewohnerinnen wurde jedoch angemerkt, dass es schwierig sei, bei allen gewünschten Behandlungen teilnehmen zu können. „Ich nehm‘ was ich kriegen kann.“ war die Aussage eine Bewohnerin diesbezüglich. Neben den inhaltlichen Aspekten wurde auch immer wieder positiv hervorgehoben, dass es eine willkommene Abwechslung zum Alltag darstelle, mit Gleichgesinnten während der Behandlungseinheiten Zeit verbringen zu können.

Wie schon bei der Frage nach dem derzeitigen Befinden ersichtlich wurde, gaben die befragten Personen auch in Bezug auf das Behandlungsangebot an, dass es wünschenswert wäre, mehr gesundheitsbezogene Behandlungen erfahren zu können. Dadurch könne man dem Wunsch nach Selbstständigkeit in Bezug auf Bewegungsfreiheit und Körperpflege zumindest näher kommen.

6 Diskussion

Die Ergebnisse, die im Zuge der vorliegenden Arbeit gefunden wurden, werden im Folgenden zusammengefasst und hinsichtlich ihrer Bedeutung interpretiert. Außerdem werden im Anschluss einige Limitationen dargelegt, welche sich im Arbeitsprozess dieser Studie ergeben haben und möglicherweise die Resultate beeinflusst, beziehungsweise in ihrer Interpretierbarkeit verändert haben. Schlussendlich wird ein Fazit aus dem Projekt gezogen und die Relevanz im Hinblick auf zukünftige Praxis- und Forschungsarbeiten aufgezeigt.

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Das Ziel der vorliegenden Studie lag darin, die Wirkung eines fünfwöchigen Genusstrainings auf Aspekte der psychischen Gesundheit von älteren Personen zu evaluieren. Die Intervention orientierte sich an dem Manual *Die Kleine Schule des*

Genießens (Lutz, 2011c). Konkret handelte es sich bei den interessierenden Parametern um das subjektive Wohlbefinden sowie die depressive und demenzielle Symptomatik von Menschen, die zu dieser Zeit in einem Pflegekrankenhaus wohnhaft waren. Die daraus resultierenden Ergebnisse sollten den bisher noch kargen Forschungsstand zur Effektivität dieser Behandlungsmethode bereichern.

Die statistische Analyse der Daten, welche aus der Prä- und Posttestung einer Interventions- und einer Kontrollgruppe resultierten, ergab keine signifikanten Effekte hinsichtlich der drei interessierenden Variablen. Hierfür wurde ein Vergleich der Interventionsgruppe zum ersten und zweiten Messzeitpunkt vorgenommen, sowie ein Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt. Das Wohlbefinden, die depressive und die demenzielle Symptomatik der Interventionsgruppe konnten im Verlauf der fünföchigen Behandlung nicht signifikant verbessert werden. Zudem zeigten sich keine auffallenden Unterschiede diesbezüglich zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt.

Eine mögliche Erklärung für die ausbleibenden Effekte des Genusstrainings auf die oben genannten Variablen ist, dass die verwendeten Erhebungsinstrumente nur sehr allgemeine und träge Konstrukte messen. Beim *subjektiven Wohlbefinden* handelt es sich beispielsweise eher um eine Grundeinstellung, welche im Laufe der Zeit eher stabil bleibt, als um eine leicht veränderbare, psychologische Variable. Weiters stellt der MMST, welcher die demenzielle Symptomatik der Probanden und Probandinnen erfassen sollte, lediglich ein Screening Instrument zur groben Einschätzung der vorhandenen Symptomatik dar. Kleine Veränderungen in der demenziellen Symptomatik können dadurch nur bedingt festgestellt werden, vor allem da diese sehr von der Tagesverfassung einer Person abhängig ist (Folstein, Folstein, & McChugh, 1975).

Diese Annahme wird durch die zusätzliche Analyse der aktuellen Stimmung, welche jeweils am Anfang und am Ende jeder Genusseinheit erhoben wurde, gestützt, da hierbei sehr wohl ein signifikanter Effekt festgestellt werden konnte. Im Mittel hatten die Personen der Interventionsgruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt jeder Einheit eine bessere Stimmung, als vor Beginn der jeweiligen Genusseinheit. Außerdem streuten die Werte der aktuellen Stimmung am Anfang der Einheit etwas mehr als am Ende. Dies spricht dafür, dass die aktuelle Stimmung der Teilnehmerinnen zum zweiten Zeitpunkt unabhängig von der anfänglichen Stimmung konsistent gute Werte annimmt. Die 60-minütige Beschäftigung mit dem Genießen konnte also zu einer

Verbesserung der aktuellen Stimmung der Teilnehmerinnen beitragen. Diese kurzzeitige Stimmungsaufhellung könnte in einem weiteren Schritt die Grundlage für eine längerfristige und allgemeinere Verbesserung des Wohlbefindens darstellen. Die Voraussetzung hierfür ist natürlich die konsequente und langfristige Beschäftigung mit Achtsamkeit und dem Genießen - auch außerhalb und im Anschluss der Präsenzeinheiten des Genusstrainings.

Die deskriptive Analyse der teilstrukturierten Interviews, welche zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit den Bewohnern und Bewohnerinnen geführt wurden, ergab außerdem eine durchwegs positive Bewertung des Genusstrainings. Analog zu den Ergebnissen der statistischen Analyse der erhobenen Daten konnten zwar keine Veränderungen im Befinden der Personen der Interventionsgruppe im Zeitraum der Behandlung festgestellt werden, jedoch wurde die Teilnahme an den fünf Genusseinheiten sehr geschätzt. Neben der willkommenen Abwechslung zum alltäglichen Leben im Pflegekrankenhaus wurden die interessanten und neuartigen Inhalte positiv hervorgehoben.

6.2 Limitationen

Aufgrund struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen kam es bei der Durchführung der vorliegenden Studie zu einigen Limitationen, welche möglicherweise die Wirkweise und Effektivität des Genusstrainings auf die interessierenden Variablen beeinflussten beziehungsweise die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt haben könnten.

Zum einen ist die vorliegende Stichprobe von 16 Personen eher klein. Die statistische Analyse der Interventionseffekte beziehungsweise der Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe sind somit weniger aussagekräftig und stark von individuellen Fällen beeinflusst. Von der Idee, eine individuelle Verlaufsmessung mit mehreren Messzeitpunkten, im Sinne eines idiographischen Ansatzes, durchzuführen, wurde jedoch von den betreuenden Psychologinnen des Pflegekrankenhauses abgeraten, da die häufige Vorgabe der Fragebögen für die Bewohner und Bewohnerinnen nicht zumutbar wäre. Die neunstufige Stimmungsskala, welche zu Beginn und am Ende jeder Genusseinheit vorgelegt wurde, stellte jedoch eine gute Alternative dazu dar. Außerdem dienten die teilstrukturierte Einzelinterviews, welche im Zuge des zweiten Erhebungszeitpunkts abgehalten wurden, einer besseren Interpretierbarkeit der statistischen Analyse der Daten.

Zusätzlich zu der eher kleinen Stichprobe kam es während der fünf Wochen öfters zu Fehlstunden einzelner Bewohnerinnen. Diese waren bedingt durch Krankheitsfälle, spontane anderweitige Behandlungen, Müdigkeit oder den Besuch von Familienmitgliedern oder Bekannten. Da die Teilnahme an dem Genussprogramm jedoch von Anfang an als freiwillig definiert war, konnten derartige Ausfälle natürlich nicht verhindert werden. Die Fehlzeiten einzelner Bewohnerinnen wirkten sich somit einerseits auf die Anzahl der erlebten Genusseinheiten und andererseits auf die Verarbeitung der Inhalte und deren Transfer in den Alltag aus. Denn eine verpasste Einheit hieß, dass auch die Hausübung, sich mit den gelernten Inhalten im Alltag zu beschäftigen, welche für die restliche Woche bis zu der nächsten Einheit vorgesehen ist, nicht gemacht werden konnte. Dies wirkte sich natürlich auch auf die darauf folgende Besprechung der Hausübung in der nächsten Einheit aus, da die zuvor fehlenden Teilnehmerinnen keinen Bezug dazu hatten.

Die Möglichkeit, so wie im Manual (Koppenhöfer, 2016) vorgesehen, mehrere Einheiten pro Woche abzuhalten, war jedoch aufgrund zeitlicher und struktureller Gegebenheiten des Pflegekrankenhauses nicht gegeben, da nur eine bestimmte Anzahl an Therapieräumen existiert, welche meist durch anderweitige Behandlungen besetzt waren. Außerdem hatten die Bewohnerinnen neben den wöchentlichen Genusseinheiten auch andere Behandlungen, was es schwierig gemacht hätte, mehrere Einheiten pro Woche ohne Überschneidungen mit anderen Therapien abzuhalten.

Neben den einzelnen Fehlzeiten kam es möglicherweise auch durch das Vorhandensein der demenziellen Symptomatik bei einigen Bewohnerinnen zu Einschränkungen bezüglich des Transfers der gelernten Inhalte in den Alltag. Einerseits ist es möglich, dass die Hausübungen, sich auch außerhalb der Einheiten mit Genuss zu beschäftigen, vergessen wurden. Andererseits könnten die Inhalte, die in den jeweiligen Genusseinheiten besprochen wurden, sowie die sieben Genussregeln, welche eine Hilfestellung zum Empfinden von Genuss darstellen sollten, nicht erinnert worden sein. Dies hätte zur Folge, dass sich die Bewohnerinnen lediglich während der fünf Präsenzeinheiten mit Genuss beschäftigt haben, nicht jedoch außerhalb dieser. Zwar wurden die im Pflegekrankenhaus tätigen Psychologinnen im Vorfeld der Genusseinheiten gebeten, die teilnehmenden Bewohnerinnen bei Gelegenheit an das Gebot, im Alltag zu genießen, zu erinnern beziehungsweise auf die Hausübungen der einzelnen Behandlungseinheiten

hinzuweisen, ob sich dies jedoch mit der täglichen Arbeit im Krankenhaus vereinbaren ließ, konnte leider nicht geprüft werden.

Die demenzielle Symptomatik, aber auch anderweitige altersbedingte Einschränkungen, führten außerdem dazu, dass die Teilnehmerinnen in ihrer Fähigkeit, die einzelnen Sinne bei der Wahrnehmung der Materialien zur Gänze einzusetzen, behindert wurden. So ist beispielsweise bekannt, dass ein fehlender beziehungsweise eingeschränkter Geruchssinn ein frühes Anzeichen für die Demenz ist (Alves, Petrosyan & Magalhaes, 2014). Zudem hatten einige Bewohnerinnen motorische Probleme, womit sich das Handhaben der Materialien teilweise als schwierig gestaltete. Auch Sehprobleme senkten die Genussfähigkeit durch optische Materialien stark. In solchen Fällen wurde des Öfteren darauf hingewiesen, dass bestimmte Gegenstände auch mit anderen Sinnen, als von der jeweiligen Genusseinheit vorgesehen, wahrgenommen werden können. Beispielsweise kann ein buntes Tuch nicht nur angesehen, sondern auch ertastet werden. Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit der Bewohnerinnen waren außerdem dafür verantwortlich, dass die vorbereiteten Materialien nur bedingt eigenständig zu erkunden waren. Die Gruppenleiterin versuchte dem entgegenzuwirken, indem die Materialien den Bewohnerinnen nach und nach explizit angeboten wurden.

6.3 Fazit und Ausblick

Trotz einiger Limitationen konnte die vorliegende Studie einen Beitrag zum gegenwärtigen Forschungsstand bezüglich der Wirkweise des Genusstrainings nach dem Manual *Die Kleine Schule des Genießens* speziell bei älteren Personen leisten. Bei einem Ausmaß von fünf Genusseinheiten konnten zwar keine signifikanten Effekte auf das subjektive Wohlbefinden, die depressive und die demenzielle Symptomatik gefunden werden, eine Verbesserung der aktuellen Stimmung konnte durch die einzelnen Sitzungen jedoch hervorgerufen werden.

Die durchwegs positive Bewertung des Genusstrainings, welche sich aus der Analyse der Einzelinterviews erschließen ließ, sowie die Verbesserung der aktuellen Stimmung im Laufe einer Einheit zeigt, dass die Behandlung sehr wohl eine positive Wirkung auf das Befinden der Teilnehmerinnen hatte. Zudem waren die fünf Präsenzeinheiten von einer sehr heiteren und kommunikativen Atmosphäre geprägt, was die positive Annahme des Genusstrainings durch die Bewohnerinnen widerspiegelte. Die Abwechslung zum alltäglichen Leben im Pflegekrankenhaus und

die Möglichkeit, Erfahrungen mit Gleichgesinnten auszutauschen, wurde bei der Bewertung des Genusstrainings besonders hervorgehoben.

Während das Thema Schmerzen im Rahmen der Interviews durchgehend sehr präsent war, wurde oft ergänzt, dass die fortwährenden Schmerzen bei Beschäftigung und Ablenkung deutlich geringer sind. Einige Bewohner und Bewohnerinnen meinten sogar, ihre Schmerzen bei bestimmten Tätigkeiten, wie zum Beispiel den wöchentlichen Genusseinheiten, ganz vergessen zu können. Bei der Evaluation des Genusstrainings darf also nicht außer Acht gelassen werden, dass jede Art von Beschäftigung von Bewohnern und Bewohnerinnen eines Pflegekrankenhauses sehr geschätzt wird. Einerseits bedeutet dies, dass durch die wöchentliche Genusseinheit zumindest akut die Schmerzen der Teilnehmerinnen gelindert werden konnten, andererseits bedeutet dies jedoch auch, dass dieser Effekt mit jeder Art von Beschäftigung zu erreichen sein könnte.

Zukünftige Wirksamkeitsstudien sollten sich daher zum Ziel nehmen, durch eine bessere Kontrolle der Bedingungen aussagekräftigere Ergebnisse zu erreichen. Eine Möglichkeit hierfür wäre eine Aufteilung der Stichprobe in drei Gruppen, wovon eine Gruppe eine Genussbehandlung erfährt, eine weitere Gruppe eine andere Behandlung, welche die bloße Beschäftigung der Bewohner zum Ziel hat, und eine Kontrollgruppe, welche keine derartige Behandlung erhält. Zudem sollten die von Koppenhöfer und Lutz vorgeschlagenen strukturellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen so gut wie möglich eingehalten werden, sodass die theoretische Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode gewährleistet werden kann.

Durch weitere Studien zur Effektivität des Genusstrainings könnte, sofern Effekte gefunden werden, eine neue Behandlungsmethode speziell bei älteren Menschen etabliert werden, sodass einerseits altersbedingte Beschwerden verringert und andererseits der Umgang mit diesen erlernt und verbessert werden kann. Denn angesichts der immer weiter steigenden Lebenserwartung und der dadurch alternden Bevölkerung wird es immer wichtiger, das Leben im Alter so angenehm wie möglich zu gestalten und das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit noch lange aufrecht zu erhalten.

Literaturverzeichnis

- Adam, C. (1997). Zur Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gesundheitswissen*, 5, 4-13.
- Alves, J., Petrosyan, A. & Magalhaes, R. (2014). Olfactory dysfunction in dementia. *World journal of clinical cases*, 2(11), 661-667. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i11.661
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. DOI: 10.1093/clipsy/bpg015
- Bär, M. (2008). Evidenzbasierte Konzepte für die Pflege von Menschen mit Demenz. *Z Gerontol Geriat*, 1, S. 3-4.
- Beekman, A., Deeg, D., van Tilburg, T., Smit, J., Hooijer, C. & van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Brooker, D. & Duce, L. (2010). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4(4), 354-358.
- Buchhold, B., Kauer, G & Adler, S. (2015). Genusstraining in der Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Praxis zkm*, 5, 20–25.
- Büssers, P. (2009). *Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung*. Dissertation, Universität Köln.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. psychiat. Res.*, 12, 189-19. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gatterer, G (2007a). *Multiprofessionelle Altenbetreuung*. Wien, New York: Springer.
- Gatterer, G. (2007b). Der alte Mensch im System der Altenbetreuung. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (S. 3-17). Wien, New York: Springer.
- Gatterer, G (2007c). Strukturen der Altenbetreuung in Europa. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (S. 33-80). Wien, New York: Springer.
- Gatterer, G. (2008). Demenz aus psychologischer Sicht. In W.D. Oswald, G. Gatterer & U.M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 141-172). Wien, New York: Springer.
- Gutzmann, H. & Qazi, A. (2015). Depression associated with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI 10.1007/s00391-015-0898-8

- Handler, B. (2009). Genussstraining – Euthyme Verfahren – Ein Leben mit allen Sinnen. *Psychologie in Österreich*, 1, 70-76.
- Heidenblut, S. & Zank, S. (2010). Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(3), 170-176. DOI 10.1007/s00391-009-0067-z
- Hemmerich, W.A. (2018). Einstieg in die mixed ANOVA. Verfügbar unter m [14.12.2018].
- Hildebrandt, H. (2014). *Demenz: Kognitives Screening und Behandlung*. Präsentation, Universität Oldenburg.
- Hirsch, R.D. (2001). Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimerkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(2), 92-100.
- Hölzel, H. (2008). Genuss- und Sinnestraining in der (teil)stationären psychiatrischen Behandlung. *Psych Pflege*, 14, 28-30. DOI: 10.1055/s-2008-1027953 2008
- Jopp, D.S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K. & Kruse, A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren*. Robert Bosch Stiftung
- Jopp, D.S., Rott, C. & Oswald, F. (2008). Valuation of Life in Old and Very Old Age: The Role of Sociodemographic, Social, and Health Resources for Positive Adaptation. *The Gerontologist*, 48(5), 646-658. DOI: 10.1093/geront/48.5.646
- Koppenhöfer, E. (2005). Kleine Schule des Genießens. In V. Köllner & M. Broda (Hrsg.), *Praktische Verhaltensmedizin* (S. 76-80). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Koppenhöfer, E. (2006). Euthyme Behandlungsverfahren in der Verhaltenstherapie. *Wissenschaft und Forschung*, 2, 4-7.
- Koppenhöfer, E. (2011). Sinnliche Lebendigkeit erfahren – Wohlbefinden durch Sinnesgenüsse erleben. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 156-167). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Koppenhöfer, E. (2016). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Berlin: Pabst Science Publishers.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselman, B., Lang, F.R., Reischies, F.M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69(1), 27-37.

- Lutz, R. (1994). Genußtraining. In Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Techniken und Einzelverfahren*. Heidelberg: Springer. DOI:10.1007/978-3-662-22591-2
- Lutz, R. (2002). Kleine Schule des Genießens. *Psychotherapie im Dialog*, 2(3), 179-183.
- Lutz, R. (2011a). *Euthyme Therapie: Die Kleine Schule des Genießens*. Verfügbar unter <https://rainerlutz.wordpress.com/genuss-euthyme-therapie/> [28.11.2018].
- Lutz, R. (2011b). Genusstherapie. In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S.389-391). Berlin Heidelberg: Springer. DOI 10.1007/978-3-642-16197-1_74
- Lutz, R. (2011c). Euthyme Therapie und Salutogenese. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 55-66). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lutz, R. (2018). Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. In J. Margraf, S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.173-183). Deutschland: Springer Verlag.
- Mellor, N., Ingram, L., Van Huizen, M., Arnold, J. & Harding, A (2016). Mindfulness training and employee well-being. *International Journal of Workplace Health Management*, 9(2), 126-145. DOI:10.1108/IJWHM-11-2014-0049
- Neubauer, G. (2007). Aspekte bei der Betreuung alter Menschen. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (S. 281-295). Wien, New York: Springer.
- Paller, K.A., Creery, J.D., Florczak, S.M., Weintraub, S., Mesulam, M., Reber et al. (2014). Benefits of Mindfulness Training for Patients With Progressive Cognitive Decline and Their Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 1-11. DOI: 10.1177/1533317514545377
- Peter, B. & Gerl, W. (1991). *Entspannungstraining. Autogenes Training, Meditation, Muskelentspannung* (Sonderausgabe). München: Orbis Verlag.
- Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003-9
- Rott, C & Jopp D.S. (2012). Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 4, 474-480. DOI 10.1007/s00103-012-1452-0

- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461-477.
- Solfrizzi, V., D'Introno, A., Colacicco, A.M., Capurso, C., Del Parigi, A., Caselli, R.J. et al. (2007). Incident occurrence of depressive symptoms among patients with mild cognitive impairment - the Italian longitudinal study on aging. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 24(1), 55-64. DOI: 10.1159/000103632
- Stoppe, G. (2008). Depression im Alter. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 4, 406-410. DOI: 10.1007/s00103-008-0508-7
- Topp, C.W., Østergaard, S.D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176. DOI: 10.1159/000376585
- Treusch, F. (2009). *Mini-Mental-Status-Test (MMST)*. Geriatisches Basisassessment. Verfügbar unter www.arztpraxistreusch.de [26.1.2019].
- Universität Zürich (2018). Methodenberatung. Verfügbar unter https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral.html [26.11.2018].
- Witte, B. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und somatoformen Schmerzstörungen. *Psychotherapie Forum*, 3, 146-152.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Theoretischer Wirkmechanismus von Genusstrainings

Abbildung 2. Vergleich der aktuellen Stimmung der Interventionsgruppe am Anfang und am Ende jeder Genusseinheit

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Werte der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik, sowie das mittlere Alter zum ersten Messzeitpunkt

Tabelle 2. Werte der aktuellen Stimmung der Interventionsgruppe am Anfang und am Ende der Genusseinheiten

Tabelle 3. Vergleich beider Gruppen nach dem Statistischen Matching bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik

Tabelle 4. Vergleich der Interventionsgruppe zum ersten und zweiten Messzeitpunkt bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik

Tabelle 5. Vergleich der aktuellen Stimmung der Interventionsgruppe am Anfang und am Ende der Genusseinheiten

Tabelle 6. Vergleich beider Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt bezüglich der demenziellen Symptomatik, des Wohlbefindens und der depressiven Symptomatik

Anhang

Abstract (DE)

Ziel: Die vorliegende Studie nahm sich zum Ziel, die Wirkung eines Genusstrainings bei älteren, in einem Pflegekrankenhaus wohnhaften, Personen zu evaluieren. Die interessierenden Parameter inkludierten das subjektive Wohlbefinden, die depressive und demenzielle Symptomatik sowie die kurzfristige Stimmungsveränderung durch die einzelnen Genusseinheiten.

Methode: Im Rahmen eines Mixed Methods Designs durchliefen insgesamt 16 Personen eine Prä- und Posttestung, wobei acht Personen ein fünf-wöchiges Genusstrainings nach dem Manual *Die Kleine Schule des Genießens* erfuhren. Die Personen der Kontrollgruppe erhielten während dieses Zeitraums kein oder ein anderweitiges Behandlungsprogramm. Neben den drei psychometrischen Variablen, welche im Zuge der Prä- und Posttestung erhoben wurden, wurde außerdem die aktuelle Stimmung vor und nach jeder Genusseinheit abgefragt und in die statistische Analyse miteinbezogen. Zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurde außerdem ein teilstrukturiertes Interview entworfen, welches im Anschluss an die Posttestung mit den Probanden und Probandinnen geführt wurde. Die dabei gesammelten Antworten wurde zusammengetragen und deskriptiv hinsichtlich dreier inhaltlicher Themen analysiert.

Ergebnisse: Die statistische Analyse der erhobenen Daten zum subjektiven Wohlbefinden, der depressiven und der demenziellen Symptomatik lieferte keine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zur Kontrollgruppe beziehungsweise zum ersten Erhebungszeitpunkt. Die Analyse der aktuellen Stimmung konnte jedoch eine signifikante Stimmungsverbesserung im Laufe einer Genusseinheit aufdecken ($d = .82$, $p = .021$). Die deskriptive Analyse der teilstrukturierten Interviews lieferte eine durchgehend positive Bewertung des erhaltenen Genusstrainings seitens der Bewohnerinnen, da es eine willkommene Abwechslung zum alltäglichen Leben im Pflegekrankenhaus darstelle und außerdem von den allseits präsente Schmerzen ablenke. Generell zeigte sich außerdem ein sehr großer Bedarf an Behandlungen jeglicher Art.

Diskussion: Eine mögliche Erklärung für das ausbleiben signifikanter Veränderungen innerhalb der Interventionsgruppe ist, dass es sich bei den erhobenen Variablen um eher träge Konstrukte handelt, welche sich nur sehr wenig innerhalb von fünf Wochen ändern lassen. Außerdem sind die verwendeten Erhebungsinstrumente sehr sensitiv

gegenüber der Tagesverfassung der Probanden und Probandinnen. Die kurzfristige Stimmungsveränderung sowie der angegebene Rückgang der Schmerzen bei jeder Art von Beschäftigung, deuten jedoch sehr wohl auf eine positive Wirkung des Genusstrainings hin.

Abstract (EN)

Objective: The aim of this study was to investigate the effects of an enjoyment training in elderly people currently living in a nursing clinic. The three variables of interest included subjective well-being, symptoms of depression and dementia, as well as short-term mood variations caused by each training session.

Method: Using a Mixed Methods Design 16 people underwent an evaluation including two times of measurement. Eight persons were treated with a five-week enjoyment training, following the manual *Die Kleine Schule des Genießens*. The other eight participants, who were assigned to the control group, either did not receive any treatment during this time period or underwent other sorts of treatment. Aside from the three psychometric variables, which have been collected during the two times of measurement, the current mood before and after each training session has been retrieved and included in the statistical analysis. In order to allow a better interpretability of the results a semi-structured interview was designed, which was conducted following the testing of the psychometric variables in context of the post-test. The collected answers have finally been analysed descriptively with respect to three different topics, including the current state of health, the appraisal of the treatment, as well as the demand for treatments of any kinds.

Results: The statistical analysis of the collected data concerning subjective well-being, depressive symptoms and symptoms of dementia did not deliver significant results regarding a potential enhancement of the intervention group compared to the control group as well as to the data collected during the first time of measurement. Further analysis of the current mood could however reveal significant improvement in the course of each enjoyment session (Cohens $d=.82$, $p=.021$). Descriptive analysis of the semi-structured interviews consistently showed positive appraisal of the received enjoyment training by the participants. It was perceived as a welcome relief compared to daily life within the nursing clinic and could additionally distract from universally present pain. In general, high demand by the participants for treatment of any kinds could be identified.

Discussion: One possible explanation for the absence of significant changes within the intervention group is, that the variables of interest include very inert constructs, which can hardly be altered within five weeks. Furthermore, the used evaluation tools are very sensitive to daily states of the participants. However, the short-term

enhancement of the participant's mood, as well as the stated decline of pain during activities of any kinds indicate positive effects of enjoyment trainings.

Teilstrukturiertes Interview – Interventionsgruppe

Teil 1 – derzeitiges Befinden

- 1) Wie würden Sie ihr derzeitiges Befinden beschreiben? Denken Sie dabei sowohl an Ihre Stimmung, als auch an gesundheitliche Aspekte.
- 2) Hat sich dieses in den letzten Wochen verändert? Wenn ja, inwiefern?

Teil 2 – Bewertung des Genusstrainings

- 1) Sie haben die letzten 5 Wochen an einem Genustraining teilgenommen. Wie hat Ihnen dieses gefallen?
- 2) Haben Sie bezüglich der Inhalte oder der Durchführung etwas anzumerken?

Teil 3 – Verbesserungsvorschläge für zukünftige Genusstrainings

- 1) Haben Sie eventuell Vorschläge, wie man ein solches Genustraining in Zukunft besser aufbereiten könnte?

Teilstrukturiertes Interview – Kontrollgruppe

Teil 1 – derzeitiges Befinden

- 1) Wie würden Sie ihr derzeitiges Befinden beschreiben? Denken Sie dabei sowohl an Ihre Stimmung, als auch an gesundheitliche Aspekte.
- 2) Hat sich dieses in den letzten Wochen verändert? Wenn ja, inwiefern?

Teil 2 – anderweitiges Behandlungsprogramm & Bewertung

- 1) Haben Sie in den letzten Wochen an einem Behandlungsprogramm teilgenommen? (*Wenn nein: weiter zu Teil 3*)
- 2) Können Sie mir kurz erzählen, was sie dabei gemacht haben?
- 3) Wie hat Ihnen dieses Programm gefallen?

Teil 3 – Bedarf nach Behandlungsprogramm

- 1) Würden Sie gerne an einem Behandlungsprogramm teilnehmen?
- 2) *Wenn ja:* Wie sollte dieses Programm aussehen? Was würden Sie dort gerne machen wollen? Was würden Sie sich von einem solchen Programm erwarten?
Wenn nein: Wieso nicht?

9-stufige Stimmungsskala

